دليل الأخصائيين النفسيين والإجتماعيين

في

تشخيص وعلاج

مشكلات الأطفال السلوكية

الدكتور

خالد بن حمد المهندي

٢٠٠٧

الكويت



بسم الله الرحمن الرحيم

"فاتحةُ كلِّ خيرٍ وَتمام كلِّ نعمةٍ"

قال تعالى: وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا(٧) فَأَلْهَمَهَا
فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا(٨) قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّاهَا(٩)
وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّاهَا(١٠)

[سورة الشمس]

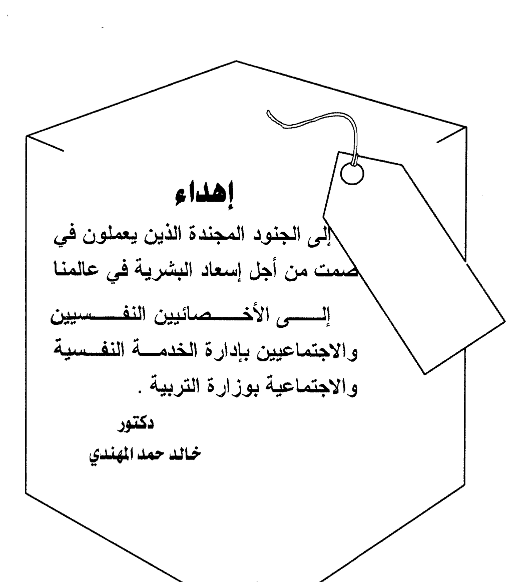
دليل الأخصائيين النفسيين و الإجتماعيين
في تشخيص و علاج مشكلات الأطفال السلوكية

١٥, ٣٧٠ خالد بن حمد المهندي
دليـــل الأخـــصائيين النفـــسيين والاجتمـــاعيين
في تشخيص وعلاج مشكلات الأطفال السلوكية
خالد بن حمد المهندي
٤١٢ ص : إيض ؛ ١٧x٢٤ سم
١- العلاج السلوكي ٢- المشكلات السلوكية
٣- علم النفس التربوي . أ .
٤- الطفولة . أ. العنوان

ردمك : ٩٧٨-٩٩٩٠٦-٦٥٠-٩-٣

رقم الإيداع : ٢٣٢/٢٠٠٧

الدار العالمية
للنشر والتوزيع
١١١ ش فيصل — الهرم
ت: ٧٤٤٦٣٢٤ - ٧٤٤٦٤٣٨ ف: ٩٩٨٩١٧٧- ٠٠٢٠٢



إهداء

إلى الجنود المجندة الذين يعملون في صمت من أجل إسعاد البشرية في عالمنا

إلـــى الأخـــصائيين النفـــسيين والاجتماعيين بإدارة الخدمـــة النفـــسية والاجتماعية بوزارة التربية .

دكتور

خالد حمد المهندي

تقديم:

تعد الاضطرابات السلوكية والانفعالية من أكثر المشكلات التي تواجه الأطفال والتي تؤرق الآباء والتربويين. ويتميز الأطفال ذوو الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية بأنهم غير قادرين على إقامة علاقات صداقة ناجحة، والواقع أن مشكلتهم الأوضح هي الإخفاق في تكوين روابط عاطفية مرضية ومقنعة مع الآخرين. وبعض هؤلاء الأطفال انسحابيون وانطوائيون، وقد يحاول الآخرون التقرب إليهم لكن جهودهم هذه تلقي عدم اهتمام أو خوفا من قبل الطفل. وفي كثير من الحالات فإن هذا النمط من الرفض الهادئ يستمر عند الطفل حتى يشعر الذين يحاولون التقرب من الطفل بالملل والضجر.

من الخبرات المزعجة للمعلمين هي محاولة تعليم الأطفال الذين يتميزون بالسلوك العدواني غير الاجتماعي، ويشعر المعلمون عادة بالقلق بسبب معرفتهم بوجود مشكلة لدى الطالب، وشعورهم بعدم القدرة على عمل أي شيء حيالها. ويتحمل الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية عبئا لا يتحمله الأطفال الآخرون الذين يعانون من أنواع أخرى من الاضطرابات. فنحن لا نلوم الأطفال المعاقين عقليا أو الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي بسبب سلوكهم المنحرف، ولكن الكثير من الناس يفترضون أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية يستطيعون

السيطرة على تصرفاتهم، كما يستطيعون وقف سلوكهم المضطرب إذا أرادوا ذلك، هذا الاعتقاد بأن الأطفال مسئولون إلى حد ما عن سلوكهم أثـر علـى تفاعل هؤلاء الأطفال مع المحيطين بهم من أسرة ورفاق ومعلمين وسوف يتم التركيز على هذا الفصل على هذه الفئة وكيف يجب أن يتعامل المحيطـون معها.

وليس من السهل تعريف الاضطرابات الـسلوكية والعاطفيـة عنـد الأطفال، وتفترض معظم التعريفات أن الطفل الذي يعاني مـن اضـطراب سلوكي أو اضطراب عاطفي حاد يكشف باستمرار عن سلوك غير مناسـب لسنة، مما يؤدي إلى مشاكل اجتماعية، وكآبه شخصية وفشل دراسي، علاوة على ذلك فإن سلوك الطفل ليس العامل الوحيـد الـذي يحـدد التـصنيف، فالشخص الذي يعتبر سلوك الطفل غير مناسب يلعب دورا هاما فـي ذلـك، ولكن من الواضح أن بعض أنماط السلوك مثل الاعتداءات على الآخـرين، والكآبة المتواصلة، والبكاء المتواصل، والنشاط المفرط هي سلوكيات غيـر مقبولة في أي حالة، ولكن قبول نطاق واسع من أنماط السلوك الأخرى يعتمد على اتجاه المتلقي: فالسلوك الذي يكون مقبولا عنـد بعـض الجماعـات أو الثقافات، لا يعتبر مقبولا من قبل جماعات أو ثقافات أخرى، لذلك فإن تعريفنا يجب أن يأخذ بعين الاعتبار هذه الاختلافات الثقافية.

ويعرف الاضطراب السلوكي بأنه النمط المتكرر والثابت من السلوك الذي تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين، أو الخروج على الأعراف والقوانين الاجتماعية بشكل خطير ولكي يكون لهذا الاضطراب قيمة تشخيصية فيجب أن يستمر لمدة لا تقل عن ستة شهور.

وعلى الرغم من أن المصطلحات المستخدمة والتأكيد على بعض النقاط تتباين بشكل ملحوظ من تعريف الآخر، فإن من الممكن استخلاص عدة سمات عامة للتعريفات الراهنة. فهناك اتفاق عام على أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تشير إلى ما يلي:

١. **السلوك المتطرف:** أي السلوك الذي لا يختلف قليلا عن السلوك العادي بل يختلف كثيرا.
٢. **المشكلة المزمنة:** أي التي لا تختفي بسرعة.
٣. **السلوك غير المقبول:** بسبب التوقعات الاجتماعية أو الثقافية.

ويمتد هذا الخلاف ليشمل تعريف الشخص المضطرب عاطفيا المنصوص عليه في القانون الفدرالي، ونال هذا التعريف قبول قليل من المختصين، ولكنه ساعد في تحديد من هو المناسب لتقديم خدمات خاصة له، ولقد لخص فورنس (forness, 1992) العناصر الأساسية في هذا التعريف كما يلي:

١. عدم القدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها بالاعتماد على عوامل فكرية وحسية وصحية.
٢. عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع النظراء والمعلمين.
٣. أنماط غير مقبولة وغير مناسبة من السلوك والمشاعر تحت الظروف الاعتيادية.
٤. شكل عام من الكآبة والإحباط.
٥. اتجاه لتطوير أعراض أو مخاوف مرتبطة بمشاكل المدرسة أو مشاكل شخصية.

هذا ويستثنى من هذا التعريف ومن الخدمات التعليمية الخاصة أولئك غير المتوافقين اجتماعيا ولكنهم غير مضطربين عاطفياً. وكان الهدف من هذا الاستثناء منع الجانحين المحكومين قضائيا من تلقي خدمات تعليمية خاصة، على أن تتم رعايتهم من قبل قوانين أخرى (Maag&Howell,1992).

وكما تباينت تعريفات الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فإن نسب انتشارها تباينت بشكل هائل أيضاً جراء ذلك. ولعقود طويلة كانت الإحصاءات الحكومية تقدر أن حوالي (2%) من الأطفال بعمر المدرسة يعانون من اضطراب انفعالي شديد (Kazdin,1989). وتشير بعض التقديرات أن نسبة الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تقدر بين

(5-15%) من أي مجتمع (Knitzer,1989). وتتفاوت النسبة بين الذكور والإناث، حيث تنتشر هذه الاضطرابات بنسبة (6-16%) بين الأولاد وبنسبة (2-9%) بين الإناث تحت سن (18) سنة. وتزيد نسبة حدوث هذه الاضطرابات لدى الأطفال الذين يولدون لآباء يعانون من اضطرابات شخصية، وتزيد النسبة أكثر في المجتمعات المزدحمة والفقيرة.

وعندما تم فحص أنماط سلوكية معينة تشكل في مجملها اضطرابا سلوكيا وذلك باستخدام التقارير الواردة عن المراهقين أنفسهم حول سلوكياتهم كانت معدلات انتشار الاضطراب السلوكي مرتفعة بشكل غير عادي حيث اتضح أن المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين (13-18%) سنة قرر أكثر من (50%) منهم أنهم يسرقون، و (35%) منهم أنهم يقومون بالهجوم على الغير وأخذ ما بحوزتهم، (45%) منهم أنهم يقومون بتدمير الممتلكات، وقرر (60%) منهم أنهم يشاركون في أكثر من نمط واحد من أنماط السلوك المضاد للمجتمع كالعدوان، وإساءة استخدام العقاقير، وإحراق المباني والممتلكات عمداً، أو التخريب المتعمد للممتلكات الذين يمكن تصنيفهم على أن لديهما اضطرابات سلوكية في سن معينة (Fieldname..et.al,1983).

ولقد تم وضع عدد من العوامل التي تجعل الطفل أكثر عرضة للاضطرابات السلوكية والعاطفية أهمها ما يلي:

أولاً: تأثير الجينات: (The Influence of Genes):

وقد ركز علماء الاجتماع وعلماء النفس على مدى ربع قرن، على البيئة كعامل أساسية في الاضطرابات السلوكية، ولكن اليوم يقترح كثير منهم أن معظم أنماط السلوك الشاذ لها أسباب جينية. ويقول البعض إن تلك السلوكيات يمكن تغييرها من خلال التنشئة، والبعض الآخر يعتقد إن تلك السلوكيات وخصوصا لدى ذوي المزاج الصعب قد تتحول إلى اضطرابات (Thomas..et al,1984). وتشير الدراسات التي تقارن سلوك التوائم المتطابقة والتوائم غير المتطابقة أن الأطفال الذين يشتركون بالخواص الجينية (التوائم المتطابقة) أكثر تشابها من ناحية السلوك العدواني من التوائم غير المتطابقة في حال تم تربيتهم في نفس البيئة، وحتى في حال تربيتهم في بيئات مختلفة (Cntwell,1982).

ويمكن القول أن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم وأمزجتهم. فالسلوك يمكن أن يتأثر بالعوامل الجينية والعوامل العصبية وكذلك العوامل البيوكيميائية، أو بتلك العوامل مجتمعة، ومن غير شك فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه. وكثير من الأطفال العاديين من غير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال العاديون من ذوي الاضطرابات البسيطة والمتوسطة فليس هناك ما يثبت

وجود عوامل بيولوجية محددة ومسئولة عن مثل هــذه الاضــطرابات. أمـــا بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة أو الشديدة جدا فإن هناك أسباب وعوامل بيولوجية لها مسؤولية مباشرة (Prior..et,1986).

وقد وجد جلوك وجلوك (Glueck&Gclueck) منذ أواخر الــستينات أن الأحفاد يكونون أكثر احتمالا لأن يظهروا أنماطا سلوكية اجتماعية إذا كان لأجداهم تاريخ عائلي يضم مثل هذه السلوكيات. ومن ناحية أخرى فإن مدى عدوانية الأب عندما كان في نفس عمر طفله تعد من أفضل العوامـــل التـــي يمكننا من خلالها التنبؤ بما يمكن أن يكون عليه الطفل العدواني في طفولتـــه (Hensmann..et,al..l1948).

ويتم تتبع دليل الأثر الجيني على السلوك من خلال دراســة التــوائم المتطابقة، والأطفال المتبنون (هل الطفل مثل والديـــه الحقيقيـــين أم والـــده المتبني)، ومن خلال تفسيرات إحصائية حول انتشار سلوكيات في عائلات أو شعوب معينة على مر الأجيال(Plomin&McClraen,1993).

ثانياً: التفاعل ما بين الجينات والبيئة:

(Interaction Between Genes and Environment)

يتم تنظيم السلوك من خلال البيئة والجينات، ولا توجد خاصية إنسانية نفسية أو فسيولوجية تخلو من اتحاد أحداث ضمن وخارج النظام العــضوي،

ولا يوجد هناك سلوك منتج مباشرة من قبل الجينات، فكل خاصـية نفـسية تكون مثل نسيج رمادي محبوك من خيوط سوداء (بيولوجي) وخيوط بيضاء (الخبرة)، ولكن من غير الممكن فصل (كشف) الخيوط البيضاء أو الـسوداء في القماش الرمادي.

ومن الممكن القول أن العوامل البيئية هي العوامل الأخيرة المحـددة للسلوك على الرغم من أن هناك تأثير جيني واضـح علـى الاضـطرابات السلوكية، خاصة تلك المتعلقة بالنشاط المفرط، وليس هناك أي سبب للادعاء بأن التجارب البيئية لا تستطيع أن تتفاعل مع هذه المؤثرات، وبعد كل ذلـك فإن كان باستطاعتنا أن نجعل الأسد يجلس على الكرسي، والدب يقود دراجة كما يحدث في السيرك، فإنه بإمكاننا أن نسيطر على سلوك الطفل.

ثالثاً: تأثير المخدرات (The Influence of Drugs):

طرحت في العقدين الأخيرين عدة أمور حول الاسـتعمال المتزايـد للمخدرات غير المشروعة، وكان هناك تساؤلاً مفاده هل وجود الاضطرابات السلوكية والعاطفية تدفع الفرد إلى استعمال المخدرات؟ وهل تزداد احتماليـة تناول الفرد للمخدرات إذا كان متوتراً، أو محبطاً، أو غاضباً؟ وتبعاً للمنطق فإن الإجابة "نعم" ولكن البحث في هذا المجال غير واضح، حيث تعتبر إساءة استعمال المواد مشكلة متنامية في كثيـر مـن الـدول ويـرى جونـسون

(Johnson,1988) أن خصائص مدمني المخدرات تتمثل في تـدني مفهـوم الذات، والشعور بالإحباط، وعدم القدرة على التعامل مع الخبرات الاجتماعية وهذه هي نفس الخصائص التي تميز الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية.

رابعاً: مخاطر العوامل الأسرية (Family Risk Factor):

إن العوامل العائلية والمشاكل داخل الأسرة قد تساعد على إيجاد طفل مضطرب سلوكيا، فالاضطرابات السلوكية هي مؤشرات للعنف العائلي الذي يتضمن استغلال الأطفال وإساءة معاملتهم، فالعنف ضد الأطفال هو سـلوك يتمثله الأطفال أنفسهم عندما يكبرون لممارسة العنف على من هـم أضـعف منهم. ويعزي أخصائيو الصحة النفـسية أسـباب الاضـطرابات الـسلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه، حيث أن الأسـرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي المبكر للطفـل، وأن معظـم الاضـطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلا إلى التفاعل السلبي بين الطفل ووالديه.

والطفل الذي يعاني من اضطرابات عاطفية نادرا ما يأتي من بيـت مستقر وأبوين حنونين، والطفل المستقل يصبح مستقلا ويبعد كل النمط السلبي ما لم تتدخل المدرسة أو المجتمع. وقد أثبتت البيانات المعتمدة على المقابلات العائلية أن الأطفال العدوانيين عاشوا في بيئة سلبية غير منظمة، حيث كـان النظام قاسيا وغير ثابت. أما الأبحاث التجريبية فقد أولت العلاقات الأسـرية

ومدى تأثير الوالدين على الطفل أهمية كبرى، ومن والديه، وتأثير كل منهما في الآخر، ولذلك فقد وجد أن هنـــاك خلـــلاً فـــي علاقـــات الأطفـــال ذوي الاضطرابات السلوكية مع والديهم (Pattorson,etal,1989).

كما أن سلوك الطفل الشاذ قد يقود الآباء إلى الاستجابة بطرق غيـــر مناسبة من شأنها أن تزيد الوضع سوء وتقود إلى تبعات سيئة. وعلى الرغم من أن هذه العوامل قد تكون غير مسئولة عن السلوك غير الاجتمـــاعي، ألا أنها من المؤكد لا تسهم بشكل إيجابي في تطور الطفل الاجتمـــاعي، وهـــذه العوامل تؤكد مرة أخرى أهمية التركيز على دور الأسرة في تنـــشئة الفـــرد السوي.

خامساً: عوامل خاصة بالمدرسة: (School Risk Factors):

يضطرب الأطفال حين التحاقهم بالمدرسة والـــبعض الآخـــر أثنـــاء تواجدهم في البيئة المدرسية (أثناء سنوات الدراسة). ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبحوا بوضع أفضل أو أسوأ جراء المعاملة التي يتعاملون بهـــا داخـــل الصف. وأكثر العوامل المتعلقة بالطفل ارتباطـــاً بالاضـــطرابات العاطفيـــة والسلوكية هو تدني المستوى الدراسي، فهل يتصرف هؤلاء الأطفـــال بهـــذا الشكل بسبب بطئهم الأكاديمي وعدم مقدرتهم على التوافق مع زملائهم؟ وهل يعتبر تصرفهم هذا رد فعل على فشلهم الدراسي؟ الفكرة جيدة ولكن الـــدليل

يبدو وكأنه لا يدعمها وذلك لسببين الأول هـو: أن الدراسـات وجـدت أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية يحصلون علـى علامـات متدنية على مقاييس الذكاء (kauffman,1981) والـسبب الآخـر: هـو أن السلوك العدواني الذي يسبب المشاكل لهؤلاء الأطفال فـي المدرسـة يبـدو واضحا قبل دخولهم المدرسـة ، (Chess&Thomas,1984)، كـذلك فـإن المعادلة المنطقية تنص على أنه أمضى الفرد وقتاً أطول في تعلم شيء معين، ازدادت درجة إتقانه له، وهذا المبدأ مرتبط بأداء الأطفال المضطربين عاطفياً لأنهم يمضون وقتا أقل في النشاطات الأكاديمية في غرفة الـصف وربمـا خارج غرفة الصف كذلك (Ramsey&Walker,1990).

سادساً: عوامل الخطر الاجتماعية (Social Risk Factors):

ركز برونفينبرز (Bronfenbrenner,1979) على العائلـة كنظـام لتربية الطفل، وعلى آثار ذلك على الطفل، وأصر أن عزلة الطفـل تعكـس تفككا في الأجزاء المتصلة من حياة الطفل – الأسرة، ومجموعة النظـراء، والمدرسة، والجيران، والسؤال هنا ليس ما هو الخلل بالأطفال المـضطربين عاطفيا أو سلوكيا؟ ولكن السؤال هو "ما هـو الخلـل فـي نظـام الطفـل الاجتماعي"؟ على الرغم من أن كثير من هؤلاء الأطفال لا يملكون مـشاعر التوتر أو الندم فيما يتعلق بسلوكهم، وخاصة الأطفال الذين يعانون من عدوان

اجتماعي أو يشاهدون العدوان يقع على زملائهم وجيرانهم). والأسئلة الـذي تتبادر إلى الذهن هي: هل تربية المجرمين تتم من قبل الأسـر والظـروف الاجتماعية؟ وهل الجيران السيئون هم مصدر جنـوح الأحـداث؟ الجـواب السهل هو "نعم"، ولكن يجب أن نكون حذرين من المبالغة في التبسيط، فنحن نعرف أن كثيرا من الأشخاص يبدو اضطرابهم أقل مما يمكـن أن تعملـه الأوضاع الاجتماعية المحيطة به، فبعض النماذج الفردية تستطيع أن تهـزم القوى الايكولوجية (العلاقة ما بين الشخص والبيئة) وتخلق بذلك أطفالا غير متأثرين بمحيطهم السيئ (Wrener, 1988) .

سابعاً: العوامل الثقافية:

وهي ذات صلة وثيقة بالعوامل الاجتماعية، والأطفال يعيـشون فـي أسرهم ضمن ثقافة من المؤكد أنها تـؤثر علـى سـلوكهم (Rogoff and Moraelli, 1989)، وبعيدا عن الأسرة والمدرسة، فإن كثيرا من الظـروف البيئية تؤثر على توقعات البالغين من الأطفال وتوقعات الأطفال من الأقران ومن أنفسهم. ويتم توصيل القيم والمعايير الـسلوكية للأطفـال مـن خـلال مجموعة ظروف ثقافية ومتطلبات ونماذج وقدرات. وتقفز إلى الـذهن هنـا التلفزيون والسينما. ولا شك أن طبيعة الثقافة التي يعيش فيها الأطفال تمارس تأثيرا على تطورهم الانفعالي والاجتماعي وتطوره (Chivian..et al,1985; Goldstin 1983;Howton,1986).

وقد ظهرت أنظمة تصنيف الأطفال والبالغين سلوكياً في الماضي كاستجابة للأنماط التشخيصية الموصوفة من قبل المختصين في مجال علم النفس العيادي والطب النفسي والعقلي، وقد تم تطوير نظامين رئيسين للتصنيف بالاعتماد على هذا المنظور العيادي: التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (Diagnostic ans- statistical Manual of Mental Disorder)، وتصنيف الاضطرابات النفسية المرضية عند الأطفال ضمن مجموعة الطب النفسي (GAP) مثل الاضطرابات الشخصية والتطورية، والاضطرابات الحركية والاضطرابات النفس عقلية.

وهناك نظام مختلف يتضمن استخدام التقنيات الإحصائية التي تفصل أنماط السلوك المتداخلة، فعن طريق استخدام القوائم ومقاييس التقدم وغيرها من وسائل القياس على مجموعة من الأطفال، من الممكن تحديد استجابات تفصل مجموعة من الخصائص والأعراض عن الأخرى، ويركز هذا النظام على أنماط السلوك المعروف عند الأطفال مثل الاضطرابات بما فيها اضطرابات عدم الانتباه والنشاط المفرط، والقلق والانطواء على النفس (العزلة) (Putman,1988). على أي حال فإن أهم الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تواجه الأطفال هي:

(اضطرابات الكلام، العدوان، النشاط الزائد، الكذب، الخوف، التمرد والعصيان، الخجل، مص الأصابع، قضم الأظافر، التبول اللاإرادي، اضطراب الانتباه (تشتت الانتباه)، اضطرابات الهوية الجنسية (التحول الجنسي)، التأخر الدراسي، اضطرابات النوم).



الفصل الأول

خصائص الطفولة والعوامل المؤثرة فيها

- خصائص الطفولة المبكرة في رياض الأطفال (٣- ٥ سنوات)
- مرحلة الطفولة المبكرة وخصائصها (٣- ٥ سنوات)
- متطلبات النمو لمرحلة الطفولة المبكرة (٣- ٥ سنوات)
- العوامل المؤثرة في خصائص واحتياجات النمو في الطفولة المبكرة
- العلاقة بين الوراثة والبيئة

الفصل الأول

خصائص الطفولة والعوامل المؤثرة فيها

- **خصائص الطفولة المبكرة في رياض الأطفال (٣- ٥ سنوات):**

مرحلة الطفولة المبكرة وخصائصها (٣- ٥ سنوات):

نستعرض في هذا المقام مرحلة الطفولة المبكرة وخصائصها، في إطار النمو الجسمي، والنمو العصبي، والنمو العقلي والنمو الانفعالي والنمو الاجتماعي. مع بعض التطبيقات التربوية التي قد تفيد الآباء والمربيات أثناء تعاملهم مع أطفال هذه المرحلة لتنشئتهم وتربيتهم لغرض تكيفهم مع النظام الاجتماعي الذي يعيشون فيه.

وتسمى مرحلة الطفولة المبكرة بمرحلة ما قبل المدرسة، أو مرحلة رياض الأطفال وتمتد من نهاية مرحلة الرضاعة حتى نهاية السنة الخامسة أي من ٣-٥ سنوات، وتتميز مرحلة الطفولة المبكرة بأنها المرحلة التي تشكل فيها المعالم الأساسية لشخصية الإنسان حيث يتكون فيها حوالي ٥٠% من القوى الذهنية والنمو اللغوي و تكوين المفاهيم الاجتماعية والأخلاقية وظهور الأنا الأعلى وبداية نمو الذات وتحديد السمات الجوهرية لشخصية الإنسان في المستقبل لذلك فهي مرحلة حساسة وجديرة بالاهتمام التربوي داخل الأسرة وخارجها لتأمين طفولة مبكرة سوية لضمان قوى بشرية قادرة على العطاء

والتنمية مستقبلاً.

وتحديد طبيعة الطفولة المبكرة وخصائصها في طبيعة النمو الجسمي، والنمو العقلي، والنمو الاجتماعي، التي تتميز بها هذه المرحلة من طفولة الإنسان.

طبيعة النمو الجسمي في مرحلة الطفولة المبكرة وخصائصه:

من أبرز سمات النمو في هذه المرحلة، اكتمال الأسنان المؤقتة، والبدء في سقوطها لتحل محلها الأسنان الدائمة في سن السادسة، وتنمو الأطراف بصورة سريعة، ويزداد الطفل طولاً بمعدل ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩سم في السنة الثالثة والرابعة والخامسة والسادسة على التوالي، ويزداد الوزن بمعدل ١ كجم في السنة، وتشتد عظام الجسم وتزيد حجماً وتتحول الغضاريف إلى عظام في الهيكل العظمي وتنمو العضلات الكبيرة بدرجة أعلى من العضلات الصغرى وتبدأ قدرة الطفل على التحكم في جسمه وحركاته الكبيرة.

ويزداد النمو الوظيفي لأجهزة الجسم حتى تقوم بوظائفها؛ حيث ينمو الجهاز العصبي، ويتطور المخ ويصل إلى ٩٠% من اكتماله عند الراشد ويزداد نمو الجهاز الهيكلي والعضلي، ويتحكم الطفل بالإخراج، ويحتاج من ١١-١٢ ساعة نوم، وتتسع المعدة، وتصبح قادرة على هضم المواد الغذائية التي تقدم للكبار.

وفي إطار هذه الخصائص هناك عدد من الإرشادات التربوية التي تقدم للآباء والمربيات لمساعدة الطفل على النماء.

ومن أهم هذه الإرشادات هي:

- تطعيم الطفل ضد الأمراض المعدية والشلل والكزاز، أو تطعيمه بما تقرره وزارة الصحة من أمصال.

– العناية بتغذية الطفل لمساعدته على النمو السليم.

– تنظيم حياة الطفل وتعويده على اكتساب عادات غذائية وصحية واجتماعية سليمة.

– تأمين فترة نوم كافية ومريحة.

– فحص الطفل لمعرفة سلامة الحواس في جسمه، ومعالجتها إن كانت غير سليمة.

وبعد هذا العرض عن نمو الجسم، فما طبيعة النمو الحركي الذي يرافقه هذا النمو يحتاج الطفل في هذه المرحلة إلى نشاط دائم يتميز بالشدة وسرعة الاستجابة، والتطور المستطرد والتنوع، وترتبط هذه الحركات بالعضلات الكبرى دون الصغرى، ومع النضج يسيطر الطفل على حركاته الصغيرة فيتحكم بالتآزر الحركي، ويتمكن الطفل من أداء حركات الجري والقفز، والتسلق والتحكم بحركاته اليدوية الجسمية، ويمارس اللعب الفردي ويتمكن من رسم الخطوط والكتابة وتقليد الرسوم البسيطة، وعادة يستخدم الأطفال في هذه المرحلة اليد اليمنى في الكتابة، والقليل منهم اليد اليسرى، وفي هذه الحالة فإن الجانب الأيمن في دماغ الطفل هو المسيطر على حركة اليد، لذا

فإن الطفل يضطر إلى استخدام اليد اليسرى بدلاً من اليمنى لاعتبارات وظيفية دماغية ليس للطفل فيها إرادة وفي هذه الحالة لا يفضل أن تضغط الأسرة على الطفل لاستخدام اليد اليمنى بدلاً من اليسرى تمشياً مع العادات الثقافية والدينية للمجتمع، أن مثل هذه الممارسات تؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية عند الطفل، وأن تشجيع الطفل في هذه المرحلة على اللعب، واحترام مشاعره مسائل في غاية الأهمية لإنمائه.

طبيعة النمو الحسي في مرحلة الطفولة المبكرة:

إن الطفل في هذه المرحلة يجب أن يستخدم حواسه، فهو يشم، ويتذوق ويتفحص الأشياء، ويسمع، ولا يقدر أن يفرق بين اليمين واليسار في بداية المرحلة، ثمَّ سرعان ما يتعلم علاقة الأشياء بالمكان فيعرف فوق وأسفل، وأيمن وأيسر، ويدرك الإشكال البسيطة، ويستمر في اختيار الأشياء المعقدة مع مرور الزمن، ويقارن الحجم في إطار الكبير والمتوسط والصغير. ولا يدرك الفروق بين الأوزان المتقاربة، لكنه يدرك ثنائية الإعداد، ويفرق بين الكثير والقليل، وفي سن الخامسة، يدرك التساوي والتماثل، كما يدرك الزمن في إطار اليوم والغد، ويدرك تسلسل الحوادث، وأيام الأسبوع، ويدرك الألوان ويتمكن من تسميتها، كما يدرك الموسيقى وبخاصة الإيقاعات، وهذا يعني أنه يستخدم حواس السمع والبصر والشم والذوق والحس عن طريق الجلد، لهذا فإنه يرغب في الاتصال بأشياء العالم الخارجي لاكتشافه.

وما النصائح التي تقدم إلى الآباء والمربيات لتطوير النمو الحسي؟

أن أهم النصائح هي:

- فحص الجهاز الحسي عند الأطفال، ومعالجة الخلل إن وجد.
- إتاحة الفرص أمام الأطفال في هذه المرحلة للتواصل مع عالم الأشـياء لاختباره واكتشاف خصائصه.
- إتاحة الفرص أمام الأطفال في هذا السن لإنماء حواسهم واستخدامها مـا أمكن ذلك لأنها تمثل قواهم الإدراكية في هذه المرحلة النمائية.

طبيعة النمو العقلي في مرحلة الطفولة المبكرة:

يتميز إدراك الطفل في هذه المرحلة بأنه إدراك حسي وليس مجـرداً، لهذا فإنه يتفاعل مع الأشياء تفاعلاً حسياً وتخيلياً، ويميل إلى اللعب الإيهامي وسماع القصص الخيالية، ويحاول أن يفهم كل ما يدور حوله لـذلك تكثـر أسئلته عن الأشياء والأشخاص فيردد كلمات لماذا؟ وكيف؟ وأيـن؟ ومـن أيـن؟ ويرغب في الحصول على الأجوبة، لذلك فإن طبيعة الأجوبـة التـي يسمعها الطفل من المربية والأسرة عن أسئلته مهمة جداً لإنماء إدراكه.

كما يبدأ الطفل في إدراك المفاهيم مثـل: الزمـان، المكـان، العـدد، والأشكال، والتعميم في إطار ضيق، التذكر للعبارات البسيطة والأرقام التـي لا تزيد عن أربعة، ويزداد معجمه اللغوي إلى ١٢٠٠ كلمة وهو فـي سـن

الثالثة وإلى ١٨٠٠ كلمة في الرابعة وإلى ٢٠٠٠ كلمة في الخامسة و ٢٥٠٠ كلمة في السادسة، كما يستخدم الجمل المفيدة ويميز الحروف في نهاية المرحلة، ويدرك وهو في الثالثة، المجموعات الثنائية والثلاثية والرباعية، ويَعُدُّ الطفل في الرابعة من ١-٢٠ ويجمع ما لا يزيد عن خمسة أرقام، وفي الخامسة يدرك معنى الطرح ولا يدرك معنى الضرب والقسمة، ويدور التفكير في هذه المرحلة حول الذات ويظهر فيه الرمزي الخيالي وليس المنطقي ويستمر حتى السنة السادسة.وهل يتأثر هذا الإدراك بعوامل خارجية نعم، يتأثر مستوى الإدراك العقلي في هذه المرحلة بعوامل بيئية، فالطفل الذي يذهب إلى روضة الأطفال ينمو في إدراكا ته العقلية أكثر من الطفل الذي لم يذهب إلى الروضة، وبخاصة حينما تكون الروضة فاعلة في التعلم، وأن تفاعل الأم مع الطفل يمثل دوراً ايجابياً في إنماء اللغة عنده وأن غياب الأم عن الأسرة يؤثر سلباً على النمو العقلي للطفل، كما أن المستوى الثقافي والاقتصادي المرتفع يؤثر بصورة إيجابية على تكون النمو الإدراكي للطفل.

ولمساعدة الطفل على إنماء قدراته العقلية، ما الإرشادات التي تقدم للآباء والمربيات، ينصح بتنوع المثيرات التعليمية في بيئة الطفل، ويعطي الحرية للتفاعل المباشر مع الأشياء واختيارها عن طريق التجريب، واحترام أسئلته والإجابة عنها بكل عناية، بما يتلاءم مع إدراكاته، وتشجيعه على اللعب الإيهامي والاستماع إلى الموسيقى والأناشيد والقصص والرسم والأخذ بيده نحو الاستقلال والإبداع، وعدم تعليمه الكتابة والقراءة قبل الاستعداد الذاتي لها.

طبيعة النمو الانفعالي في مرحلة الطفولة المبكرة:

يعد النمو الانفعالي مسألة ضرورية لإنماء شخصية الطفل في هذه المرحلة، ولكنه ينمو بصورة تدريجية، ويتأثر بردود الأفعال العامة السائدة في البيئة، والتي قد تختلف باختلاف الظروف والأشياء والأفراد والمواقف التي تؤثر في تنشئة الأطفال.

ويلاحظ أن أول الانفعالات تظهر بصورة مركزة حول ذات الطفل، كالخجل والشعور بالذات، ولوم الذات ومشاعر الثقة بالنفس، كما يتوجه الطفل بالحب نحو الوالدين بسبب إشباع حاجاته من قبلهما، وتتميز انفعالات الطفل بالشدة والتنوع والتقلب والشفافية وعدم الاستقرار فَمَرَّة يميل إلى الحب الشديد وأخرى إلى الغضب الشديد، والكراهية والبكاء، والضحك والعبوس، والبشاشة، إلى غير ذلك. ويظهر على الطفل شعور الخوف بسبب فقدان الأمن، أو فقدان أمه، كما يخاف من الحيوانات والظلام والأشباح ويتطور السلوك الانفعالي من حالته الجسمية إلى حالته اللفظية، وبخاصة أثناء نوبات الغضب، وتعتري الطفل الغيرة حينما يشاركه شقيقه الأصغر في حب أمه، فيشعر أن مكانته عند أمه قد هبطت والاهتمام به قد قل، لذلك يسلك سلوكاً انفعالياً لإعادة اهتمام والديه، وإذا لم ينجح فقد يعتدي على الأخ الأصغر أو يحدث له نكوص في سلوكه، فيعود إلى ممارسة سلوك الرضيع، كمص الأصبع أو التبول أو غير ذلك لجذب انتباه الأم إليه أو انتقاماً منها، ويلاحظ أن الطفل في هذه المرحلة يخاف الأماكن المهجورة، وبعض الحيوانات، ويفر من الطبيب عند تطعيمه ضد الأمراض. ويظهر الخوف على الطفل بصورة

عامة تشمل جسمه ووجهه وأساريره، ثمَّ يتحول إلى هرب وصياح، ثمَّ يعبر عنه بكلام يشير إلى استغاثة. وبماذا ننصح الأمهات لمساعدة الطفل على النمو الانفعالي السليم؟ يمكن أن ننصح الأمهات بضرورة المشاركة الشخصية والإشراف المباشر على تربية أطفالهن الذين هم في مرحلة الطفولة المبكرة، لمساعدتهم في التغلب على الانفعالات السلوكية وإشباع حاجاتهم وإشعارهم بالاطمئنان وتخفيف عوامل الخوف والقلق، والاضطرابات الأخرى، وتعليمهم ضبط الانفعالات وتأمين صحة نفسية تساعدهم على السلوك السوي.

طبيعة النمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة المبكرة:

يمثل النمو الاجتماعي مسألة ضرورية لإنماء شخصية الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، ويدور التكون الاجتماعي للطفل في هذه المرحلة، بالتعامل مع نفسه، والتعامل مع الآخرين الذين يعيشون معه ويتفاعل معهم خارج الأسرة والتكيف مع الأشياء من حوله، والتوافق الاجتماعي واستمرار التنشئة الاجتماعية.

مظاهر النمو الاجتماعي للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة:

ومن أبرز مظاهر النمو الاجتماعي، زيادة وعيه بذاته، وزيادة إدراكه للبيئة الاجتماعية وما فيها من علاقات وبزيادة المشاركة الاجتماعية، وتوسيع قاعدة التفاعل الاجتماعي داخل الأسرة، ومع الأتراب وتشكيل المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية بإدراك الخطأ والصواب، وإنماء صداقات مع الأطفال الآخرين واللعب معهم، ومحاولة جذب انتباه الراشدين من حوله،

والميل إلى حب الثناء والتقدير، والرغبة في المنافسة مع الآخرين، والجنوح نحو الاستقلال في تناول الطعام واللباس، وتكوين الأنا الأعلـى (الـضمير) وتقبل المعايير الاجتماعية، وإظهار قدر من الالتزام بها لإرضاء الكبار مـن حوله، والحصول على حبهم، وظهور القلق حينما يتصرف بمـا لا يرضـي الكبار، لذلك يميل إلى الكذب وانتحال الأعذار كسلوك يدل على الاعتـذار، والشعور بالذنب، والميل إلى اللعب الفردي، ثمَّ المتوازي مع الآخرين، ثـمَّ اللعب مع جماعات محدودة العدد والميل لتمثل الآباء وتقمص سلوكهم ويستقل تدريجياً في العناية بنفسه والحركة حول البيت ثمَّ الذهاب وحده إلى الروضة في نهاية المرحلة.

وهل يتأثر النمو الاجتماعي بعوامل خارجية، نعم يتأثر بطبيعة العلاقة بين الوالدين واتجاهاتهما وطريقة تنشئتهما للطفل، وما يسود الأسرة من حالة نفسية وسلوك اجتماعي.

وللعناية بالطفل في هذه المرحلة ما الإرشادات التي يجب تقديمها إلـى الآباء والمربيات ينصح الآباء والمربيات بإشباع حاجات الطفـل وبخاصـة الحب والحنان والأمن النفسي، وتحسين صورة العلاقـات داخـل الأسـرة، وتعليمه الأدوار الاجتماعية التي تتطلبها مرحلته النمائية، وتحاشـي التـسلط والعقاب في تعديل السلوك، والاتساق في التعامل مع الطفل، وتشجيع الطفـل على التفاعل مع الأشياء المحيطة والتعرف عليها.

متطلبات النمو لمرحلة الطفولة المبكرة (٣- ٥ سنوات):

إن من أبرز المتطلبات النمائية العامة للطفل في هذه المرحلة تتلخص في الآتي:

- حاجته إلى التأكد من محبة الوالدين له، وكذلك الكبار من حوله.
- حاجته إلى تنظيم برنامج يومي لإشباع حاجاته، مع توفير ساعات النوم الكافية له.
- إتاحة فرص للاعتماد على نفسه والاستقلال عن الاعتماد على غيره في الطعام واللباس والنوم والتنظيف وغير ذلك.
- حاجته للانضمام إلى أتراب أو رفاق، لكي يلعب ويتفاعل ويتبادل معهم الحديث.
- حاجته إلى اللعب وأدواته، وما فيه من مدخلات لكي يتعلم الطفل القدرة على إنماء عضلات الجسم وخيالاته، واكتساب مهارات حركية كالجري والقفز على الحبال.
- حاجته إلى إدراك جسمه، وإدراك بعض الفروق الجنسية العامة والظاهرة.
- حاجة الطفل إلى إنماء الرصيد اللغوي ومفرداته وتطوير دلالاته اللغوية والتعبيرية.
- حاجته للانتقال من التفكير المبهم والغامض إلى التفكير الواقعي.

(أ) متطلبات النمو الجسمي والحركي:

تستمر المتطلبات النمائية في هذه المرحلة بصورة أكثر تطويراً من المرحلة النمائية السابقة ويمكن رسم معالمها الأساسية في: حاجة جسم الطفل إلى تطوير مهارات المشي والزحف والتسلق والقفز على القدم، والركض والرمي والركل والجلوس والالتقاط إضافة إلى تطوير مهارات التحرك والتنقل في إطار من نشاط اللعب الحر، كما تتواصل حاجته إلى إنماء الأطراف والأسنان والجذع والهيكل العظمي، وإنماء العضلات والحركات الكبيرة وتطور المهارات الحركية كالجري والقفز والحجل – أي القفز على قدم واحد – والتسلق والدق والحفر والرمي، وتستمر المتطلبات النمائية للجسم في التطور داخل المرحلة اللاحقة وهي مرحلة الطفولة المتوسطة.

(ب) متطلبات النمو الوظيفي والحسي:

في هذه المرحلة فإن النماء الوظيفي، يحتاج إلى أطراد في إنماء الجهاز العصبي والعضلي المتمثل في إنماء العضلات الكبيرة والصغيرة وحاجته إلى ضبط الإخراج والسيطرة على التبول والإدراك الحسي للأشياء وعلاقتها بالمكان والمسافة والأعداد والأوزان والألوان، وحاجته إلى تطوير السمع والذوق والشم، والاتصال بالعالم الخارجي إضافة إلى غذاء متكامل وعادات غذائية وصحية ونوم كاف، هذه متطلبات النماء الوظيفي (الفسيولوجي) في مرحلة الطفولة المبكرة.

(جـ) متطلبات النمو العقلي (الإدراكي):

وتتمثل في حاجة الطفل إلى تطوير التفكير والمعرفة العقلية وحاجته إلى طرح الأسئلة والإجابة عنها، وحاجته إلى التفكير العملي، والتفاعل مع الخبرات التعليمية والمحاولة والخطأ، كما أنه بحاجة إلى اللعب الإيهامي لمساعدته على التخيل والإبداعات. وحاجته إلى التفاعل مع بيئة غنية بالمثيرات الملائمة للنمو العقلي، واللعب الذي يثير القوى العقلية، وحاجته إلى القصص وحفز الخيال، والنمو اللغوي المتمثل في المفردات والمعاني والعلاقات وتكوين الجمل فضلاً عن حاجته إلى التدريب على الكلام واستخدام الألغاز.

(د) متطلبات النمو الانفعالي:

في هذه الحالة يكون الطفل بحاجة إلى متطلبات نمائية كثيرة منها:

- أنه بحاجة إلى تمايز الاستجابات الانفعالية وتركيز الانفعالات حول حُب الوالدين وحول الذات.
- أنه بحاجة إلى تكوين العادات الانفعالية بالتدرج.
- بحاجة إلى تأمين الشعور بالأمن والثقة والكفاية والانتماء والشعور بالسعادة عند إشباع الحاجة.
- كما أنه بحاجة إلى ضبط الانفعالات وعدم كبتها واحترام مشاعره، وذاته والمشاركة الوجدانية وحمايته من العقاب، وضرورة الاتساق في المعاملة، فما هي متطلبات النمو الاجتماعي؟

(هـ) متطلبات النمو الاجتماعي:

ويمكن تحديد هذه المتطلبات في إطار هذه المرحلة، بحاجة الطفل إلى الاستمرار في تنشئته الاجتماعية، وإدراكه المعايير الاجتماعية وما فيها من عناصر، ونمو المشاركة والألفة والتفاعل الاجتماعي.

وحاجته إلى الصداقة وتشكيل علاقات اجتماعية مع الآخرين، من خلال اللعب والمنافسة، والدور الاجتماعي والمكانة الاجتماعية. (الخوالدة، مرجع سابق).

العوامل المؤثرة في خصائص واحتياجات النمو في الطفولة المبكرة:

يتأثر نمو الإنسان بعدة عوامل منها الوراثة، التكوين العضوي والغدد والطفرات الغذائية والبيئة والتعلم. وإن بعض هذه العوامل يبدأ تأثيرها على الفرد ومنذ اللحظات الأولى من حياته، أي وهو ما يزال جنيناً في بطن أمه، لتترك، أثارها طيلة المراحل اللاحقة.

إن بعض العوامل التي منها ما يؤثر في حياة الطفل المستقبلية كالتعلم مثلاً عوامل يمكن التحكم فيها كالتغذية، وبعضها الآخر يصعب التحكم به كالغدد بأنواعها وتختلف الآراء حول التأثير النسبي لكل من هذه العوامل في نمو الإنسان وأثرها في خصائص واحتياجات هذا النمو. إن هذه العوامل مجتمعة أو بعضها يؤثر على خصائص واحتياجات النمو بمختلف أنواعه وشتى مظاهره ومجالاته، سواء الجسمية العقلية أو الفسيولوجية، أو الحركية أو الحسية واللغوية والانفعالية والاجتماعية والجنسية والدينية والأخلاقية وغيرها. (حواشين وحواشين، ٢٠٠٣).

وتتأثر خصائص واحتياجات الطفولة المبكرة بما يلي من العوامل:

١- الوراثة : Heredity:

وهي من أهم المؤثرات في خصائص نمو الطفل واحتياجاته. لأنه من خلالها يتم انتقال السمات من الوالدين إلى الأبناء، وذلك بتمثلها لجميع العوامل الداخلية المؤثرة في مختلف نماءات الطفل، وتعتبر المحددات الفردية الوراثية بمثابة صفات وخصائص ولادية (فطرية) يولد الطفل مزوداً بها أو حاملاً لها. والوراثة بمحدداتها هذه تعمل على ضبط وتحديد طبيعة الكائن الحي، وما يوجد لديه من احتمالات واستعدادات، بنائية كانت أم وظيفية، مما يتيح له المقدرة على استخدام جوانب كل من الفطرة والاكتساب في نموه. ولا تقتصر من هذه المحددات على الجنين قبل ميلاد الطفل بل تواصل تأثيرها عليه طوال حياته.

إن الوراثة لم تعد ذلك المفهوم الغيبي الذي ينسب إليه كل تأثير في سلوكيات الفرد بشكل مباشر دون أن تبين الحقائق المسئولة عن هذا التأثير. كما أنه لا يمكن للوراثة أن تعمل بشكل مستقل عن الظروف البيئية بحيث تنفرد الوراثة كقوة ذاتية ليس لها دخل بما يكتسبه الطفل من بيئته.

إن الوراثة هي التي تؤصل السلوك وتورث الفرد السمات الرئيسة في التأثير عن تصرفات الفرد واتصالاته. فمنذ تكون الجنين داخل الخلية المخصبة، يتحدد للطفل العقبات الموروثة له مثل لون العينين، قسمات الوجه مقدار الاستعدادات، وربما السمات النفسية.

ويمكن إجمال الوظائف التي يمكن أن تؤديها الوراثة بالآتية:

١. المحافظة على نقل النوع ونقل الصفات العامة من جيل إلى جيل، وحفظ النوع من الانقراض.

٢. المحافظة على الصفات العامة لجميع السلالات البشرية. (القوقازية البيضاء، والمغولية الصفراء، والزنجية السوداء والهندية الحمراء).

٣. تقريب صفات الأبناء من صفات آبائهم. فالطفل يرث ٢/١ صفاته الوراثية عن والديه، مع تغلب صفات أحد الوالدين على الآخر. ويرث ٤/١ صفاته الوراثية من جديه المباشرين ثمَّ (٨/١) الصفات الوراثية من الجيل الثاني من الأجداد، ثمَّ (١٦/١) من الجيل الثالث من الأجداد حتى تصل إلى الجيل السابع أو على نفس النمط المطروح بحيث تخضع هذه النسب لقوانين الوراثة التي وضعها (جريجور مندل).

٤. الاحتفاظ بالتوازن الوسطي، سواء في النمو الجسمي (كالطول والقصر) والسمات العقلية (الذكاء والتخلف) وغيرها من جوانب النمو الأخرى. فالوالدين الطويلان ينجبان أطفالاً طِوالاً مع احتمال أن يكون متوسط الطول للأبناء أقل منه عند الوالدين، والوالدان القصيران ينجبان أطفالاً قِصاراً. مع احتمال أن يكون متوسط القصر للأبناء يزيد عن الوالدين بمقدار بسيط أي أن الأطفال يزيدون طولاً عن الآباء وهكذا في حالتي الذكاء والتخلف.

ومن المهم هنا التمييز بين السمات الموروثة والسمات الخلقية أو الجبليّة (الولادية) فالأولى سمات يرثها الأبناء عن الآباء بينما الثانية سمات

يولد بها الفرد مع غياب مثيلاتها عند الوالدين. وهذه السمات قد تكون صفات متنحية أسهمت ظروف معينة أثناء الحمل في تحويلها إلى صفات سائدة مثل الصلع والكتابة باليد اليسرى . . . وغيرها.

١. هناك عيوب وراثية يذهب الطفل ضحية لإحداها نذكر منها مثلاً التي قد تترك آثارها في حياة الطفل المستقبلية مثل وراثة بياض الشعر والبشرة.

وبناء على ما تقدم يمكن تصنيف العيوب الوراثية من حيث النتائج المترتبة عليها إلى **أربعة أنواع** وهي:

أ - عيوب وراثية شديدة تسبب الوفاة المبكرة.

ب - عيوب وراثية مزمنة مع بقاء فرص الحياة.

ج - عيوب وراثية يمكن علاجها دون منع تكرارها في نوبات عنيفة.

د - عيوب وراثية قابلة للشفاء مع تحسين الأعراض.

هـ- ويمثل **النوع الأول** مرض تاي ـ ساكس: وهو عبارة عن اضطراب (هدمي). سببه تراكم مواد في المخ تؤدي بدورها إلى فساد أنسجة الجهاز العصبي والمخ. ويترتب على ذلك تخلف عقلي وحركي، وربما العمى والتشنجات ثمَّ موت الطفل في سن الثالثة أو الرابعة.

ويمثل النوع الثاني من العيوب الوراثية مرض داون (المنغولية) وهي خلل وراثي يؤدي إلى عيوب مزمنة في القلب والعينين والهيكل العظمي. والواقع أن الأطفال المصابين بهذا المرض يموتون صغاراً وغالباً نتيجة الالتهاب الرئوي أو مرض قلبي ومن أخطر نتائجه **التخلف العقلي** والذي

خلافاً للأعراض السابقة لم يعرف له علاج بعد.

أما النوع الثالث من العيوب الوراثية فهو مرض أنيميا الخلية المنجلية (التي تتخذ فيها الكرات الدموية شكل المنجل) وهو أحد أمراض الدم المزمنة الذي يظهر على شكل أزمات تتغير فيها أشكال الكرات الحمراء، بحيث تعوق الدم إلى الشعيرات الدموية، محدثة بذلك آلاماً مبرحة وموتاً للأنسجة، إذا لم تعالج الأزمة فوراً. (إسماعيل ، ١٩٨٩).

وقد يفسر نمو هذه الخاصية الوراثية على أساس أنه فعل وقائي ضد شكل من أشكال الملا ريا، لأن هذا المرض لا يظهر في الغالب إلاّ عند الأطفال الذين جاء أجدادهم من أقاليم إفريقيا الشهيرة بانتشار الملا ريا فيها.

إن الأطفال المصابين بمثل هذه الأمراض قد يصبحون شديدي القلق أو زائدي الحماية. كذلك قد ينمو لديهم نوع من الثورة على مرضهم بأن يمارسوا أنشطة أو رياضة عنيفة، ويتحينوا الفرص للمشاجرة أو عدم الالتزام بما يفرض عليهم من قيود خاصة ما يتعلق منها بالتغذية.

ويمثل **النوع الرابع** من العيوب الوراثية المرض المسمى فينيلكيتو نوريا وهو عبارة عن خلل مرضي يتسبب في إحداث التخلف العقلي وعدم الاستقرار والنشاط الزائد.

مثل هذه الحقائق المتعلقة بالوراثة من الناحية البيولوجية، يتضح لنا أن مفهومها تكشفت أسراره ولم يعد ذلك الرف الذي نعلق عليه جهلنا بالعوامل الحقيقية المسؤولية عن العوامل المؤثرة في صفات سلوك الطفل

وشخصيته دون تدخل بيئي. فالوراثة قوة ذاتية تأتي من لا شيء وتؤثر بــلا حدود.

٢- الغدد Glands:

للغدد أثر كبير في خصائص واحتياجات الطفولة المبكرة. فهي تــؤثر في تنظيم نمو الفرد بشكل عام، كما تؤثر بوظائف أجهــزة الجــسم بــشكل خاص. فالغدد كونها ترتبط بالجهاز العصبي فإنها ستكون لها كفاءة عالية في تنظيم الأنشطة الجسمية والسلوك بقدر معين من الاســتقلال لأنهــا تتلقــى الأوامر من المخ.

وتؤكد دراسات عديدة على أهمية اتزان الهرمونات وتناسق وظائفها في تكيف الفرد جسمياً ونفسياً واجتماعياً بالنسبة للمواقف المختلفة التي تحيط به، فإن اختل التناسق اضطرب النمو تبعاً لذلك واضطربت أيضاً شخصية الفرد نتيجة لذلك.

وقد ذكر شيفر (Shaffer) حالة الطفلة (لويز) والتي كان أبوها يتوقــع لها تقدماً في التعليم. إلا أنها خيبت آماله، مما دفع الأب إلى أن يقف من ابنته موقف الناقد المفزع. وهذا ما زاد من وضع الطفلة سوءاً. ولمــا عرضــت حالتها على الاختصاصي النفساني، رأى هذا إلى جانب الأعراض الأخــرى بطئاً شديداً في التفكير رغم سلامة إدراكها. واقترح الاختصاصي النفــساني عرضها على اختصاصي في الغدد. وبالفعل وجد الأخير أن الغدة الدرقية في حاجة إلى تنشيط وعولجت الطفلة في هذا الجانب بنجاح. ولكن إلى جانــب

العلاج الطبي كانت الطفلة في حاجة إلى تصحيح موقفها من نفسها، إذ كانت الحالة تستدعي أيضاً تصحيح موقف الوالدين نحو الفتاة. وهذا الجزء من العلاج قام به الباحث النفساني بنجاح. (سليمان ، ١٩٩٧).

أن بعض أشكال الاضطراب والنقص في هرمونات بعض الغدد قد يؤدي إلى أنماط سلوكية تتميز بالبطء، أو تؤدي إلى الاكتئاب أو الضعف العام، لذا فقد أصبح من المعتقد أن الذكاء والتسلط والسيطرة في السلوكيات الاجتماعية، يجب أن تكون أنماطاً ترجع أولاً وقبل كل شيء إلى الوضع السليم في إفرازات هذه الغدد.

إن اضطراب وظائف الغدد في كثير من الحالات يؤدي إلى اختلال النسبة في الهرمون في الجسم.

حيث يترتب عليه اختلال في عملية الأيض، بما يؤدي بالتالي إلى نقص وزيادة الحيوية والنشاط عند الطفل وهذا ينسحب على سلوك الفرد فيضطرب أسلوبه في التوافق الاجتماعي.

مما تقدم يمكن إبراز وظيفتين أساسيتين ترتبطان بنمو الطفل خاصة والإنسان عامة وهما الوظيفة التطويرية والوظيفية التنظيمية:

أ- **الوظيفة التطويرية:** ومهمة الغدد هنا حض قوى النمو الداخلية إلى السير قدماً على طريق النمو السوي حتى توصل الطفل إلى مرحلة النضج السليم.

وإن أي تعطيل أو إعاقة لهذه الوظيفة يؤدي إلى اضطراب القوى العقلية واختلال التوازن في الوظائف النفسية للطفل.

ب- **الوظيفة التنظيمية:** ومهمتها الحفاظ على ضمان إفرازات الغدد واستمرارها، مما يكفل للغدد القيام بمهامها على الوجه الأكمل في الأوقات المناسبة. وتقوم الغدة القائدة سيدة الغدد. وهي الغدة النخامية بدور أساسي في هذه المهمة. كما يدخل في نطاق هذه الوظيفة تنظيم عملية الأيض وتنشيط تجارب الطفل للمؤثرات الخارجية بما في ذلك تنظيم النشاط الدوري.

وخلاصة القول مع ختام عرضنا لأثر الغدد في نمو الطفل وخصائصه يمكن الإشارة إلى أهم ما تقوم به الغدد في هذا المجال ضمن المهام الرئيسة لها:

١. السيطرة على وظائف الأعضاء بصفة عامة والأجهزة والأعضاء الحشوية بصفة خاصة

٢. من خلال تعاون الغدد عليها السيطرة على شكل الجسم وقوته، بما في ذلك نمو الهيكل العظمي أو العضلات وغيرها. كما أنها تلعب دوراً هاماً في التأثير على عملية الأيض وتنظيم العناصر الغذائية المختلفة بالجسم.

٣. دور هذه الغدد الملحوظ في النشاط الحيوي بصفة عامة وتطور الوظيفة التناسلية عند الذكر والأنثى، وظهور أعراضها الأولية والثانوية.

٤. إن أي خلل أو اضطراب في وظائف هذه الغدد أو بعضها يؤدي إلى

اضطراب واضح في مسار النمو. كما أنها تؤثر بطريق مباشر وغير مباشر في حياة الفرد المزاجية.

٥. إن الغدد تتفاعل في تناسق فيما بينها بقيادة الغدة النخامية (مايسترو) هذه الغدد التي تسيطر على تنظيم وتوقيت فاعليتها مما يؤمن السلامة لنمو شخصية الطفل كما هو مرغوب فيها.

٣- الجهاز العصبي:

هو جهاز رئيسي مهمته أنه يشرف على جميع الوظائف العضوية ويؤلف بينها، بما يحقق وحدة تكوين الطفل. وعن طريق الجهاز العصبي تصدر التنبيهات الحركية إلى الغدد وإلى بقية الأعضاء كالعضلات وغيرها. وأنه يمثل حلقة وصل بين الجسم لتكوين مادي محسوس وبين أنشطته العقلية المعرفية والانفعالية الوجدانية لدى الطفل.

إن درجة حساسية الأعصاب ومرونتها وقوة تركيبها أثراً يفيد في التكوين الانفعالي والمعرفي لدى الطفل. فزيادة الحساسية تسبب القلق العصبي وزيادة ضغط الدم وعدم الاستقرار الانفعالي. أما نقص الحساسية فيسبب البرود الانفعالي والكسل الجسمي، كذلك فإن مرونة الجهاز العصبي وسرعة استجابته يؤثر في التكيف العقلي السريع.

إن كثيراً من الأنماط السلوكية للطفل يصعب على المرء تصورها دون التفهم الكامل لديناميكية الجهاز العصبي بأجزائه المختلفة، والتي تكون في مجموعها وحدة متكاملة تحكم تحركات وتقدمات الإنسان بشكل في غاية

التنسيق والدقة. فهو الجهاز الذي يسيطر على أجهزة الجسم المختلفة لــضبط وتكييف وتنظيم العمليات الحيوية المختلفة واللازمة للحياة بانتظام وبتآلف تام. سواء كانت العمليات التي يقوم بها إرادية يقوم بها الفرد بمحض إرادتــه أم أنها غير إرادية تعمل بتلقائية ذاتية دون تدخل أو قدرة على السيطرة علــى ضبطها وتسييرها.

وبفضل الجهاز العصبي يمكن للإنسان القيام بوظائف كوحدة متكاملة، وأن يتفاعل جسمه مع بيئته الداخلية والخارجية.

٤- **البيئة** Environment:

إن البيئة بمفهومها كما يراهــا أكثر العلماء في ميدان النمو النفسي هي الوسط الذي تحدث فيه عملية النمو. والوسط هنا هو المجال المحيط بــالفرد وما فيه من قوى يتفاعل الفرد معها أثناء نموه. وبعبارة أوضح هــي جميــع العوامل التي يتأثر بها الفرد ويؤثر فيها أثناء نموه طيلة حياته، سواء كانــت قــوى داخلية أم خارجية، مادية أم اجتماعية. وتتضمن البيئة أربعــة أبعــاد هي:

١. يعتبر الفرد جزءًا من البيئة.
٢. البيئة نوعان هما البيئة الطبيعية بمعناها الجغرافي وتتمثل فــي المنــاخ والنبات وسطح الأرض بأشكاله المختلفة. ثمَّ البيئة الاجتماعيــة الثقافيــة وهي الأهم وتتمثل في جميع العوامل الماديــة والاقتــصادية والــصحية والاجتماعية المحيطة بالفرد.

٣. تتضمن البيئة اللحظة الأولى من حياة الجنين إضافة للقوى والعوامل التي يتأثر بها الطفل بعد الولادة.

٤. هناك تفاعل بين البيئة والوراثة أثناء عملية النمو مما يؤدي إلى تكوين بيولوجي جديد يتفاعل بدوره مع الظروف البيئية المحيطة بالطفل.

وبعد أن تحدّد مفهوم البيئة يمكن تقسيم المحددات البيئية إلى ستة مؤثرات تتفاعل فيما بينها بصورة يصعب الفصل بينها إلا من أجل تسهيل الفهم وتيسير أغراض الدراسة العلمية وهذه التقسيمات هي:

أ- الرحم:

وهي البيئة الأولى للطفل وهو في المرحلة الجنينية. والطفل هنا يتأثر بما تعاني منه الأم من مؤثرات مادية وما تتعرض له من أزمات واضطرابات نفسية أو من احتياجات اجتماعية.

كل هذه الأمور لها تأثير ليس في تكوين الجنين فحسب بل هي محددات أساسية لنمو سلوك الطفل بعد الولادة. وهكذا نرى أن التفاعل قائم بين البيئة والوراثة حتى قبل مولد الطفل. وهنا يتوجب تهيئة الظروف البيئية السليمة خاصة ما يؤثر منها على صحة الأم الحامل.

إن للبيئة الرحمية تأثير هائل على الجنين لما قد تخلف الظروف البيئية غير الملائمة من تعطيل لنمو الطفل أو إعاقة هذا النمو لدرجة تتراوح بين الضعف والإعاقة التي تتضح بعد عدة سنوات من مولد الطفل. وحتى بين الحياة والموت.

لذلك فإن ما تتعرض له الأم من أمراض أو أزمات وما تعاني منه في نقص المواد الغذائية كلها مؤثرات مهمة في بناء وتكوين الجنين.

ب- البيئة الجغرافية:

وهي جانب من البيئة الخارجية وتتناول عوامل الطقس والمناخ حيث يتأثر الطفل بنقاء الهواء وصفاء السماء وسطوع أشعة الشمس لذلك نجد أن سكان القرى والأرياف أسرع نمواً وأصلب عوداً وأكثر صموداً في مقاومة الأمراض والحوادث إذا ما قورنوا بسكان المدن المزدحمة والتي تسودها أجواء من غبار المصانع ودخان الآلات وسموم المركبات وتلوث البيئة المعهود في هذا الوسط اللاصحي.

إن سكان الجبال لهم سماتهم التي تتميز عن سكان السهول. فالطفل الذي يولد في بيئة جبلية يتفاعل ويصارع وعورة هذه البيئة مما يزيده قوة وعزماً. في حين نجد البيئة السهلية أقل مراساً وأكثر مهادنة واستسلاماً. وكذلك ساكن الصحراء وبما يتمتع به من اتساع دائرة الأفق لديه، نجده يتميز بطول النظر، على عكس من يسكن في بيئة منخفضة أو محاطة بسلاسل جبلية فإن مثل هذه البيئة تفرض على الفرد قصر النظر وهكذا.

ج- البيئة التاريخية:

إن الفرد محكوم عليه في نشاطاته ومستواه الحضاري بظروف العصر الذي يعيشه فالحضارة التي يعيش الطفل في ثناياها لا شك ستؤثر على مستوى تفتح شخصيته وخصائصه النفسية. فالطفل الذي ترعرع في القرن

التاسع عشر تتأثر شخصيته بحضارة هذا القرن ونجدها مع تفوق منجزاتها المادية والثقافية التي عاشها الطفل بالنسبة للقرن الثامن عشر فإنها ستظهر بشكل متخلف عما ستقدم البيئة التاريخية من حضارة في القرن العشرين. بمعنى آخر أن الأجيال الجديدة أفضل من الأجيال التي سبقتها بحكم تراكم وتطور الحضارة الإنسانية وما توفره من منجزات.

د- البيئة الثقافية:

وهي جانب آخر من جوانب البيئة الخارجية للطفل. وهي تتناول عند معظم العلماء الأساليب المشتركة للسلوك لدى جماعة معينة من الناس. والطفل كأحد أفراد البيئة الثقافية يتأثر نموه بعمليات التنميط الثقافي في المجتمع الذي يعيش فيه.

إن إدراك الطفل وانتباهه وتعليمه ينمو ويرتقي بتأثير ثقافة مجتمعه أي بالأسلوب الخاص الذي تتم به عمليات التربية والتثقيف والرعاية . وقد تختلف هذه الأساليب داخل المجتمع الواحد باختلاف الثقافات الفرعية التي ينتمي إليها الطفل كثقافة الأسرة والحي والطبقة الاجتماعية وغيرها من تباين الثقافات الفرعية في إطار ثقافة المجتمع.

هـ- البيئة النفسية:

إن الطفل يستقي جوّه النفسي من البيئة التي يعيش فيها. وهو لذلك يتدرج في بناء شخصيته من نطاق الأسرة إلى نطاق المجتمع بصفة عامة مروراً بالمدرسة والحي والرفاق. فهو يعيش ما يشاهد في هذه الأوساط من

آثار نفسية واجتماعية. فالنجاح يخلف له الشعور والإحساس بالغبطة واثبات الذات، والفشل يتركه فريسة للإحباط والقلــق والتــوتر بأشــكاله المتفاوتــة فالظروف النفسية الملائمة بما فيها من تسامح وحرية للطفل تكسبه الأمـــان والاستقرار في حين أن الظروف النفسية غير الملائمة بما فيهـــا مـــن قمـــع وتهديد تكسبه الاضطراب النفسي.

و- البيئـة الاجتماعية:

إن شخصية الطفل هي نتاج للتفاعل الـــذي يـــتم بينـــه وبـــين بيئتـــه الاجتماعية، وذلك من خلال عملية التنشئة الاجتماعية والتي تعتبر بحق أهم العمليات الاجتماعية. فإن توافق الطفل بطريقة صحيحة فإن ذلك يدل علـــى شخصية متفاعلة نامية. وإن انطوى على نفسه وانعـــزل نتيجـــة الظـــروف المحيطة به فإن ذلك يؤدي إلى عدم الانسجام وسوء التوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه. وهي سمة لكل طفل يعاني من مشكلة نفسية.

هناك ضرورة ملحة تدعو إلى تحسين بيئة الطفل المحيطة به، لما لذلك من أثر على تنشئة الطفل وتوافقه النفسي. ولا يتأتى ذلك إلا عـــن طريـــق الوالدين. وقد دلت الدراسات على وجود علاقة ايجابية بين مستوى الوالـــدين الثقافي والاجتماعي ونوعية التنشئة والتحصيل التي يتمتع بها الطفل.

إن الطفل يكتسب الكثير من العادات والتقاليد والقيم من أفراد الجماعـــة التي يعيش بينها. وهو يقلد ما يشيع بين هذه الجماعة مـــن نظـــم وعلاقـــات

اجتماعية. وكلها مجتمعة تشكل للطفل معظم الخصائص العامة لشخصيته فالطفل الألماني في ظل نظام الحكم النازي اتسم سلوكه بنزعة استعلائية عدوانية، وهناك العنصرية ضد فئات معينة من الناس بسبب اللون والدين أو الجنس أو الطبقة الاجتماعية كما هو في الولايات المتحدة ضد الزنوج والهنود الحمر وغيرهم من الأجناس الذين لا ينحدرون من أصل أنجلو سكوني عند الذين يغالون في تعصبهم لجنسهم، وهناك إذلال ومعاناة الشعب الفلسطيني في ظل الاحتلال الإسرائيلي لوطنهم فلسطين.

إن الثقافة تمثل الوراثة الاجتماعية التي يشب عليها وينشأ فيها للنمو النفسي للطفل. لذا فالثقافة عموماً تؤلف نظاماً من التوقعات والنماذج السلوكية لما يقوم به أو يتجنبه الطفل وقد تصل هذه التوقعات إلى حد التعديل في الهيئة الجسمية والمثل الغريب لهذه الحالة: ما كان يفعله نبلاء الصين قديماً. إذ كانوا يلبسون الأطفال من البنات أحذية مصنوعة من الحديد منذ الطفولة المبكرة، لمنع نموها والإبقاء على القدم صغيرة في حجمها وقد ترتب على ذلك نمو جسم الفتاة بشكل عادي مع عدم تناسق حجم القدم مع حجم الجسم. مما اضطر الفتيات الصينيات في ظل تلك الثقافة إلى الاستعانة بالعصي أثناء المشي. وما كان ذلك يحدث لولا أن هناك ارتباطاً بمعايير جمالية معينة كانت سائدة في الثقافة الصينية. (سليمان، مرجع سابق).

٥- الصحة العامة والغذاء Health and Diet:

إن الحالة الصحية للطفل من حيوية ونشاط تعتمد في اكتماله على الغذاء وأنواعه؛ وكميته من حيث قيمته الغذائية بحيث يصبحان كلاهما عاملين هامين في أثرهما على خصائص وحاجات الطفل، والطفل الذي يعاني من المرض نتيجة نقص يتعطل أو على الأقل يتعثر نموه في بقية الجوانب الأخرى.

أن التوازن الغذائي ضروري للمحافظة على نمو الجسم وأداء وظائفه الحيوية الهامة، بالإضافة لتزويده بالمناعة والوقاية من الأمراض خاصة إذا كان التوازن يشمل المواد والعناصر المتكاملة سواء كانت بروتينية أو نشوية أو قاعدية أو غيرها وبنسب تتلاءم وحاجة الجسم إليها.

أن نقص الغذاء يؤدي إلى أمراض خاصة، أو إضعاف الطفل في مقاومته لهذه الأمراض، كما يؤدي في الوقت نفسه إلى تأخير نموه.

٦- النضج Maturation:

وهو عملية النمو التلقائي الطبيعي التي يشترك فيها جميع الأفراد والتي تتمخض عن تغيرات في سلوك الفرد وبصرف النظر عن أي تدريب أو خبرة سابقة. أي أنه أمر تقرره الوراثة.

إن النضج إذن هو نمو الكائن الحي كوظيفة للزمن والعمر. وهو يشير إلى تغيرات لا تختص بالنمو الجسمي فقط ، وإنما تتناول الجهاز العصبي،

فتحدث تغيرات بيوكيميائية، فسيولوجية. فطفل الثالثة أكثر نضجاً من ابن الرابعة مثلاً.

ولابد للنمو حتى يستطيع أن يصل إلى مرحلة متقدمة أن يمر بمراحل أكثر ترتيباً، لأن النمو يتم بشكل متسلسل ومنتظم. ومما يؤكد هذه الحقيقة أن أساليب سلوكية معينة قد حدثت في بعض التجارب، رغم عدم وجود تدريب أو مران على هذا السلوك. ويقول (جيزيل) بأن النضج هو المكوّن الداخلي للنمو وأنه يظهر على شكل وظائف ومهارات وقدرات بدون أي تأثير من تدريب أو خبرة خاصة.

٧- **التعلم** Learning:

إن النضج وحده لا يكفي، إذ لابُدَّ من تفاعله مع التعلم ليتحول الطفل من كائن حي إلى كائن اجتماعي والذي يظهر على شكل تغير في السلوك نتيجة للخبرة والممارسة وتتضمن عملية التعلم النشاط العقلي الذي يمارس فيه الطفل نوعاً من الخبرة الجديدة، وتلعب التربية في هذا الصدد دوراً هاماً . وتخضع العلاقة بين النضج والتعلم لعدة اعتبارات لعل من أهمها:

١. أن نضج العضو شرط أساسي لتعلم المهارة الخاصة به، فتعلم اللغة لا يتم دون نضج الجهاز الكلامي.

٢. أن النضج لا يظهر دون أثر البيئة اللازمة لذلك فالحرمان الثقافي مثلاً يؤثر في نمو الذكاء كقدرة عقلية عامة.

٣. أن التدريب السابق لأوانه لا يفيد وقد يكون ضرره أكثر من نفعه كما أن التدريب المتأخر عن موعده قد يسبب بعض المشكلات النفسية، مع أنه لا يعيق النضج. ونخلص مما تقدم إلى ضرورة التدريب في وقته المناسب من نمو الطفل.

٤. أن الأفعال التي تقوم على أنماط نامية من السلوك تكون أكثر سهولة في التعلم.

٥. كلما كان الفرد أكثر نضجاً قلّ مقدار التدريب اللازم للوصول إلى المستوى المطلوب من الأداء.

المرض والحوادث:

إن الأمراض التي تصيب الطفل في هذه المرحلة بعضها من الخطورة بحيث يؤثر بالإضافة إلى نموه الجسمي على نموه وتوافقه النفسي بصفة عامة ونموه الانفعالي بصفة خاصة فقد تقعده بعض الأمراض عند أنواع معينة من الأنشطة أو القيام بمهام لازمة لنموه الحركي مثلاً مما يقلل من اتصاله بالآخرين فتضيق دائرة تفاعله الاجتماعي هذا إلى إمكانية أن يعيش نتيجة لهذا المرض قلقاً مضطرباً بحيث يظهر ذلك على سلوكه العام.

وقد يصاحب بعض العاهات الجسمية كالعمى والصمم بعض الاضطرابات في الشخصية وفي توافقه الذاتي.

وهناك من الحوادث ما تكون آثارها وخيمة إذا ما تعرض لها الطفل في هذه المرحلة من نموه خاصة تلك التي تسبب له السقوط من الأماكن المرتفعة أو تعرضه لحادث سير يؤدي إلى ارتطام الرأس بالمواد الصلبة مما يلحق ضرراً بالغاً في الدماغ أو تلف بعض أجزائه مثلاً، خاصةً وأن تحمل الطفل لمثل هذه الصدمات ومقاومته لنتائجها يكون أقل، مما يؤدي لأن يكون الخطر هنا أشد مما لو حدث له مثل ذلك في مراحل لاحقة من عمره.

٨- السلالة Race:

تختلف سرعة نمو الطفل وزيادة حجمه حسب الجنس البشري الذي ينتمي إليه. إذ أن لكل عنصر بشري سمات شخصية سواء الجسمية والنفسية منها تميزه عن بقية العناصر البشرية الأخرى. فالطفل في جنوب أوروبا على البحر الأبيض المتوسط أسرع في نموه ونضجه من مثيله في شمال أوروبا على بحر البلطيق أو على المحيط المتجمد الشمالي. وأن أطفال الزنوج أبطأ نمواً من أطفال الأجناس القوقازية، وأن أطفال الجنس الأصفر (المغول) يتميزون عن غيرهم من الأجناس الأخرى في مظاهرهم الجسمية خاصة العيون المنحرفة، والأنوف الدقيقة، وقصر القامة والشعر الناعم المسترسل وغيرها من الخصائص والمظاهر الأخرى.

٩- الولادة المبتسرة:

وهي ولادة الطفل قبل اكتمال شهور الحمل التسعة. ومن آثارها في نمو الطفل أنها تؤدي أحيانا إلى التخلف العقلي، كما تؤثر في نمـو الحـواس أو قصور النمو.

وأخطر هذا النوع من الولادات ما تم قبل انقضاء سبعة شهور للجنـين في بطن أمه. لذلك يوضع الجنين في حضانة حسب رأي الطبيب المختص.

أن ما يتطلبه الطفل من حماية زائدة ورعاية مبالغ فيها فإن الطفل ينشأ على التدليل والتسامح ونتيجة لهذا النوع من التنشئة الاجتماعيـة، يحجـب الطفل عن كثير من الخبرات العقلية والاجتماعية، أو التدريب على مواجهـة المشكلات المختلفة، لاتصاف الطفل بالإشكالية التي تؤخر نمـوه الطفـولي العقلي والاجتماعي. ولاحتمال عدم اكتمال نضج المخ فإن نسبة ذكاء الطفـل تكون أقل من المعتاد. كما أن الحالة الانفعالية وضعف القدرة على مقاومـة ظروف الحياة تحمل الطفل على الإحباط.

- **العلاقة بين الوراثة والبيئة:**

إن الوراثة ليست شيئاً مستقلاً تماماً عن البيئة. فالطفل يعيش الظروف البيئية بمختلف آثارها، إذ أصبح الطفل والبيئة التي يعيش فيها يكونان مجالاً واحداً متكاملاً تتفاعل عناصره منذ اللحظة الأولى من حيـاة الجنـين كمـا ذكرنا. وأصبح لا معنى لتحديد نسبة معينة من أي صفة من صـفات النمـو

للوراثة ونسبة أخرى للبيئة.

إن آية خاصة أو حاجة وراثية لابُدَّ لها من بيئة تؤدي فيهـا وظيفتهـا وهذا الأداء للوظيفة يحدث بدوره تغيراً في البيئة. وبذلك يكون النتاج النهائي محصلة لعمليـة تفاعليـة، تتحـول فيهـا قـوة مـا إلـى قـوة أخـرى، وليس محصلة لعملية إضافية تـشترك فيهـا كـل مـن الوراثـة والبيئـة بنسبة معينة.

- **النمو الجسمي بين الوراثة والبيئة:**

إن الاختلافات الوراثية مسئولة بصورة أو بأخرى عن الاختلافات في التكوين الجسمي، بما يتصف به من لون البشرة أو الشعر عند الـصينيين أو عن تركيب الشعر وشكل العين. وعن تكوين الأنف والأذنين والطول وتكوين الجسم وقد يكون هناك تشوهات جسمية كالإصبع الزائد والوحمة والقزامـة والعملقة وعمى الألوان والصلع. ويعتبر مـرض الـسكر وبعـض أنـواع السرطان غير العادية وبعض حالات العته، وتصلب الـشرايين فـي المـخ وفقدان حاسة الشم وغيرها من حالات الاضمحلال المستمر للعضلات. كـل ما تقدم من هذه الصور الوراثية والتي قد تؤهل الطفل للإصابة بهـا. أمـا الإصابة بالمرض في حد ذاتها، فإنها تتوقف على وجـود عوامـل أخـرى (بيئية) تعمل على ترسيب وإبدال المرض أو إظهاره.

وهناك نوعان من أنواع النشاط يرتبط أحدهما بطبيعة الطفل ككائن حي وهذا النوع من النشاط لا يتأثر بالتعلم أو التدريب مثـل الحبـو والجلـوس

والوقوف والمشي بل يشترك فيه جميع الأطفال.

وهناك نوع آخر من أنواع النشاط التي يقوم بها الطفل والتي يختلف كل طفل فيها عن الآخر.

وهنا يبرز دور البيئة مثل السباحة والتسلق وغيرها وقد عانى بعض الباحثين في هذا المجال فارجعوا أهمية دور الوراثة في تكوين شخصية الطفل إلى (٩/١٠) تسعة أعشار شخصية الفرد إلى الوراثة والعشر (١/١٠) الباقي إلى العوامل البيئية.

- **النمو العقلي بين الوراثة والبيئة:**

إن الجوانب الأخرى من الشخصية لا يعني أنها تتأثر بنفس الدرجة التي يتأثر فيها النمو الجسمي بكافة مظاهره. فهناك تفاوت في آثار كل من الوراثة والبيئة على جوانب شخصية الطفل المختلفة. ومن الأمثلة على ذلك أن دور الوراثة أكبر بكثير، من دور البيئة في تحديد مستوى ذكاء الطفل. والوراثة هي المسؤولية عن تحديد أقصى مستوى يصل إليه الفرد في نموه العقلي، أما البيئة فهي التي تحدد إن كان الطفل سيصل إلى هذا المستوى أم لا.

وقد اتضح من الدراسات ومن النتائج أن دور البيئة أكثر فاعلية في النمو العقلي من دورها في النمو الجسمي. ومثال ذلك النمو اللغوي عند الطفل إذ أن بعض عناصره الأساسية يتوقف على النمو العضلي (الجسمي) والبعض الآخر يتوقف على التعلم. بمعنى أن البعض منها يتأثر بالوراثة،

والبعض الآخر يتأثر بالبيئة وهذا يدل على أهمية العاملين في هذه العملية. وهي مثال للعمليات العقلية المختلفة للنمو الانفعالي والنمو الاجتماعي بين الوراثة والبيئة.

عند الحديث عن هذين النمطين من مجالات النمو، فإن الأمر يصعب وذلك لازدياد العلاقة بين عاملي الوراثة والبيئة تعقيداً وتركيباً، عما هو في النمو الجسمي والنمو العقلي. وما ذلك إلا لأن الانفعال مثلاً عملية معقدة قد تتأثر جوانبها المختلفة بدرجات متفاوتة بكل من عاملي الوراثة والبيئة.

فهناك الشعور بالارتياح أو الضيق وهناك الخجل والجرأة، سنجد أن عامل البيئة ممثلاً فيما يتعلمه الفرد ويؤثر إلى حد كبير على إدراك الطفل للمثيرات التي تثير انفعاله والحكم الذي يصدره عليها. ويكفي أن نذكر هنا أن الرضيع لا يخجل برغم أن الخجل انفعال معين، ولكن الطفل يخجل بعد ذلك لأنه يتعلم أن هناك ما يُخجل في حين أنه بالمقابل توجد أشياء أو سلوكيات لا تُخجل.

كما أن هناك ثقافات تختلف حول بعض التعبيرات للانفعال. ومثال ذلك أن الدهشة عند الصينيين تترجم بإخراج اللسان من الفم وهذا عيب في ثقافات أخرى كالثقافة العربية والتي يعبر فيها العربي بفغر فاه أما الأمريكي فيعبر عن الدهشة برفع حاجبيه وهكذا. وهناك أثر للوراثة يترجم نضج الفرد، فكلما تقدم الطفل في نموه واقترب من النضج كلما قلت استجاباته الحشوية والعصبية المصاحبة للانفعال.

خلاصة ما تقدم أن العلاقات بين أثر الوراثة وأثر البيئة وما بينهما من نقص في العلاقات بالنسبة للنمو الانفعالي فإنه لا يمكن نتيجة لذلك إصـــدار تعميم ما عن أثر أي منهما وتحديد درجة هذا الأثر.

أما بالنسبة للسلوك الاجتماعي، فعند محاولة معرفة أثر كل من عاملي الوراثة والبيئة فإننا نجد أمامنا ثلاثة جوانب وهي هدف الـــسلوك ومحتـــوى السلوك ولون السلوك. أما هدف السلوك فيتمثل في إشباع حاجة أو خفـــض توتر ناشئ عن عدمه والاتزان الذي مصدره الإلحاح لإشباع هـــذه الحاجـــة والوصول إلى حالة الاتزان. أما المحتوى فيتمثل بالنشاط الـــذي يقـــوم بـــه الطفل لتحقيق ما يهدف إليه؛ أما اللون فيرتبط بالطابع العام للسلوك وهو مـــا يعرف (بالمزاج).

والحاجة قد تكون وراثية بمعنى أنها تورث كجزء من تكـــوين الطفـــل يخصصه عن غيره من الموجودات في محيطه كالحاجة إلى المشي مثلاً وقد تكون الحاجة مكتســـبة كالحاجة إلى الامتلاك والحاجة إلى التنافس. فالعلاقة بين أثر الوراثة وأثر البيئة واضحة في هذه الجوانب مـــن إشـــباع حاجـــات الطـــفل بشكل لا يمكن معه تصور وجود سلوك دون وجود العاملين معاً.

وهناك البحوث العديدة التي أجريت في مجال تأثير كل مـــن الوراثـــة والبيئة في مختلف جوانب الشخصية والتـــي دلـــت علـــى أن دور الوراثـــة بالمقارنة مع دور البيئة يكون أساسياً ثمَّ يأخذ في التناقص كلما اتجهنـــا إلـــى الجوانب الجسمية في الشخصية، إلى الجوانـــب المعرفيـــة، إلـــى الجوانـــب

الانفعالية، إلى الجوانب الاجتماعية أي أن دور الوراثة يكون أكثر أثراً في الجوانب الجسمية ومثال ذلك ما نراه في لون العيون والشعر وطول القامة واتساع القفص الصدري وعرض المنكبين كلها تحددها العوامل الوراثية إلى حد كبير. في حين أن الجوانب الانفعالية والاجتماعية فإنها تتأثر بالبيئة أكثر مما تتأثر الجوانب الجسمية.

ويمكن إجمال عدة نقاط تبين العلاقة بين كل من الوراثة والبيئة كعوامل محددة للنمو، وهي كالآتي:

١- تحديد دور كل من الوراثة في عملية النمو عن طريق التوزيع النسبي ومقدار التأثير هو تصور لا يقوم على أساس علمي سليم. أن مثل هذا التصور يفترض وجود كل منهما كعامل مستقل عن الآخر كل الاستقلال.

٢- إن المفهوم العلمي الحديث عن الوراثة لا يقوم على أساس افتراض وجود تكوينات غيبية تحدث تأثيرها في النمو بشكل مستقل تماماً عن البيئة. فقد أمكن إحداث تغيير في العوامل الوراثية عن طريق إجراءات بيئية معينة، وبذلك أصبحت النظرة الحديثة على أنها تركيبات كيميائية بيولوجية تعمل في وسط بيئي معين.

٣- إن المفهوم الصحيح للبيئة لا يقتصر فقط على العوامل البيئية المحيطة بالطفل بعد الولادة، بل تشتمل على جميع العوامل التي تكوّن الوسط أو المجال الذي تحدث فيه عملية النمو منذ اللحظة الأولى لتكوين الخلية

الجرثومية في الرحم. وبذلك أصبح الكثير من ظواهر النمو الذي كـان يعزي إلى الوراثة خطأ، يفسر الآن بشكل أصبح بإسناده إلى العوامـل البيئية الحقيقية المسئولة عنه.

٤- إن العلاقة بين الوراثة والبيئة في عملية النمو أصبحت تُفهم على أنهـا علاقة تفاعلية فيترتب على ذلك تكوين بيولوجي جديد يتفاعل بدوره مع الظروف البيئية، المحيطة وهكذا .

٥- بالرغم من أن هذه العملية التفاعلية تعتبر الآن أمراً في منتهى التعقيـد، إلا أن البحوث التي أجريت حتى الآن، في علـم الـنفس النمـائي قـد توصلت إلى عدد من الحقائق الهامة عن قيمة الدور الذي تلعبه كل من الوراثة والبيئة في عملية النمو وأهم هذه الحقائق:

أ- أن التوقيت عامل أساسي لإمكانية تأثير البيئة في مسار نمو صفة ما.

ب- لابد من وجود حد أدنى من الالتزامات البيئية لكي تنمو صفة ما بالشكل الذي يؤهله لها التكوين البنائي للفرد.

ج- إن أي تكوين بنائي يمكن أن ينتج عن العديد من الأنماط النمائية. علـى أن المدى الذي يمكن أن يصل إليه تأثير البيئة في النمو إنما يعتمد على المحتوى الذي يكون عليه هذا التكوين عند البداية وبالذات في (الفترات الحرجة). (إسماعيل، ١٩٨٩).

ويبرز هنا تأثير البيئة النفسية بشكل خاص من بين البيئات التي تـؤثر

في النمو النفسي للطفل وإن كان هذا لا يقلل بأي حال من الأحـوال الأدوار التي تلعبها البيئات الأخرى. كما تأكد التأثير الذي يتركـه (الجـو النفـسي الاجتماعي) الذي يشيع في الوسط المحيط بالفرد في بناء شخصيته.

كل ما تقدم من عوامل تؤثر في عملية النمـو بمجملهـا منـذ لحظـة الإخصاب وحتى نهاية الحياة وبشكل عام. إلا أننا سنتناول أثر هذه العوامـل في خصائص واحتياجات الطفل وهو في مرحلة الطفولة المبكرة كما نلاحظه في النماء التالية:

- **النمو الجسمي:**

فالعوامل التي تؤثر في هذا الجانب هي نفسها العوامل المذكورة آنفـاً خاصة ما يؤثر منها في حالته الصحية وفي غذائه. فالطفل الذي يعاني مـن المرض ونقص التغذية يتعطل نموه. كما أنه يتأثر بالحالة النفسية والمثيرات الطارئة على النمو الفسيولوجي:

ويؤثر في هذا الجانب عادات النوم وما يتعلق بهذه الحاجة من مشكلات سلوكية كما أن للغذاء في نوعه وكميته وما يرتبط به من عادات وسـلوكيات أثراً واضحاً في النمو الفسيولوجي.

- **النمو الحركي:**

هناك عدة عوامل تؤثر في قدرة الطفل الحركية ونموها، نذكر منها:

أ- **حالة الجسم والصحة العامة:** فهناك علاقة بين التأخر فـي نمـو الحركـة

والإصابة بالمرض خلال فترة الطفولة. كما أن العيــوب الجــسمية أو الهيكلية والعضلية أو العصبية تؤخر من نمو الطفل الحركي.

ب- **القدرة العقلية العامة:** فكلما كانت قدرته العقلية سليمة، كلما كــان نمــوه الحركي سوياً. فالأطفال الذين يتصفون بالتأخر الذهني يتأخر لديهم النمو الحركي على عكس الأطفال الموهوبين فإنهم يظهرون تفوقاً في نمــوهم الحركي.

ج- **اضطرابات الشخصية:** فكلما كان الطفل يعــاني مــن اضــطرابات فــي الشخصية كالانطواء والخجل، كلما كان يعاني من قلة نشاطه الحركي .

د- **التعليم والتدريب:** فالبيئة الخارجية تلعب دوراً هاماً في نموه الحركــي، وإن التعليم والتدريب يساعدان في اكتساب الطفل المرونة والاتزان في تمرينهم وتحفيز الدوافع التي تثيرهم وتدفعهم إلــى الحركــة . كــذلك إشراكهم في الكثير من أوجه النشاط المدرسي .

- **النمـو الحسـي:**

ويتأثر هذا النمو بما يلي:

أ- الجهاز العصبي من حيث سلامته وخلوه من أي خلــل أو نقــص فــي تركيباته (خلاياه العصبية).

ب- المثيرات البيئية ومدى اتصال الطفل المباشر بالعــالم الخــارجي عــن طريق الرحلات والزيارات وبقدر ما توفره البيئة من موجودات بقدر ما تزداد خبرات الطفل ثراءً.

- **النمو العقلي:**

ويؤثر فيه :

أ- **الصحة العامة:** إذ أن العقل السليم في الجسم السليم.

ب- **المؤثرات البيئية المحيطة:** فالبيئة وما فيها من أنماط حضارية تلعب دوراً هاماً في تشكيل الناحية المعرفية الذهنية عند الطفل.

ج- **المستوى الاجتماعي والاقتصادي:** كلما ارتفع هذا المستوى كان تأثيره إيجابياً في النمو العقلي والمعرفي، وكلما كان منخفضاً كلما أثر سلبياً.

د- **عامل الذكاء:** إذ بقدر ما يكون هذا العامل مرتفعاً، أي كلما زاد عن (١٢٠%) كلما كان لدى الطفل إمكانية الإبداع والابتكار. وكلما انخفض عن (٨٠%) كلما صاحب ذلك التدني في التفكير.

هـ- **الأم :** وهي تلعب دوراً هاماً في هذه المرحلة في نمو الطفل العقلي وهي تعتبر المدرسة الأولى في إعداد عقلية الطفل في هذه المرحلة. وهي (مرحلة السؤال) كما يطلق عليها بعض التربويين.

و- **غياب الوالدين:** إن غياب أحد الوالدين عن الأسرة لسبب من الأسباب يترك أثراً سلبياً في النمو العقلي للطفل، لأن هذه المرحلة تعتبر فترة حرجة بالنسبة للطفل.

ز- **الانفعالات:** وهي تؤثر في العمليات العقلية من إدراك وسلوك ويتفاوت هذا التأثير ما بين نوعين من الانفعالات وهما:

١- الانفعال المعتدل:

وهو المستوى الهادئ من الانفعال الذي يساعد على تأدية الوظائف العقلية بنظام وتنسيق. لذا فهو مصدر للمعرفة لأنه يمهد لتغلب العقل والتروي على النزوات والاندفاعات والتهور. فالعقل ينشط في الجو النفسي الهادئ حيث تتدفق الأفكار بسرعة، وتستدر المعاني بيسر وسهولة، ويزداد الخيال خصوبة. كما أن الانفعال المعتدل يزيد من ميل الطفل إلى مواصلة العمل، ويساعد على حصر الانتباه ورقة الإدراك.

٢- الانفعال الحاد:

هو المستوى الثائر الذي ينشط فيه الجهاز العصبي بطريقة عنيفة وتعسفية، تخرج الطفل عن حدود النشاط المعتدل والمنظم السوي. ويظهر الأثر السيئ بمثل هذا الانفعال الحاد على الوظائف العقلية، فهناك تضاد بين الانفعال الحاد والمعرفة يؤدي إلى:

أ- شل التفكير وتشويه الإدراك وفقدان القدرة عن حصر الانتباه، بحيث يضعف القدرة على التذكر فيسيطر عليه عامل النسيان بوضوح، فلا يعود يعي ما يجب أن يقوله، ولا أدل على ذلك من قلق الامتحان الزائد عن الحد.

ب- فقدان الشخص المقدرة على حل المشكلات عن طريق الحكمة، فتصدر عنه نتيجة لذلك أحكام فاشلة حيث يعمي عن رؤية الكثير من الحقائق، والبعد عن التفكير المنطقي، ويتبع ذلك ندم المنفعل على ما أقدم عليه

أثناء غضبه حين لا ينفع عندها الندم.

ج- الشخص الثائر يلجأ إلى أسلوب بدائي غير مهذب يعتمد على الإقحام واستخدام الصياح والمكابرة.

د- إن الغاضب لا يرى في خصمه أثناء مناقشته سوى عيوبه، ولا يسمع في كلامه إلا الإهانات الموجهة إليه.

ه- الانفعال يؤدي بالطفل إلى النكوص باللغة إلى مستوى طفولتي، خاصة في الامتحانات الشفوية حين يجيب المنفعل على السؤال بتكرار نفس كلمات السؤال لعجزه عن التركيز.

و- إن الانفعال العنيف يجعل صاحبه ساذجاً، سريع التصديق لما يشاع، ويصبح أكثر قابلية واستجابة للإيحاء وتقبل ما يسمع.

وخلاصة ما تقدم من أثر الانفعال على النمو العقلي وعلى التركيز نرى أن الانفعال الحاد الذي يتصف بالثورة هو العدو اللدود للتفكير المنطقي السليم.

- **النمو اللغوي:**

يتأثر النمو اللغوي في هذه المرحلة بعدة عوامل منها:

١. **العمر الزمني:** فكلما تقدم الطفل في العمر كلما ازدادت ثروته اللغوية وقدرته على التحكم بها. وهذا ما يفرضه عامل النضج، خاصة نضج الجهاز الكلامي، والنضج العقلي، ذلك من زيادة في خبرات الطفل.

٢. **الذكاء:** يؤثر الذكاء بشكل واضح على النمو اللغوي للعقل، إذ أن اللغة تعتبر مظهراً من مظاهر نمو القدرة العقلية العامة الممثلة بالذكاء فالطفل الذي يتكلم مبكراً لا شك أنه يتمتع بالذكاء، في حين يرتبط التأخر اللغوي الشديد بالضعف العقلي. وليس معنى هذا أن كل طفل يتأخر بالكلام أنه غبي أو ضعيف العقل فهناك عوامل أخرى تتدخل في التأخر اللغوي غير الذكاء.

٣. **الصحة العامة:** تؤثر سلامة الجسم عامة وسلامة جهاز الكلام خاصة، إذ أن سلامة الحواس وكفاءتها كالسمع مثلاً تساعد على النمو اللغوي السوي، في حين تؤثر العاهات إن وجدت في الحواس سلباً في نمو الثروة اللغوية عند الطفل. وتفيد سلامة الجسم بطريق غير مباشر أيضاً في النمو اللغوي. فهناك علاقة ايجابية بين نشاط الطفل والنمو الكلامي. فكلما كان الطفل سليماً من الناحية الجسمية، كلما كان أكثر نشاطاً وتنقلاً ومن ثمَّ أكثر قدرة على اكتساب اللغة لاتساع دائرة محيطه من الآخرين الذين يزودونه بالثروة اللغوية.

٤. **البيئة:** يتأثر النمو اللغوي بالخبرات من حيث الكم والنوع. وهذه الخبرات مصدرها مثيرات اجتماعية واقتصادية. فهناك علاقة ايجابية بين المركز الاجتماعي الاقتصادي للأسرة التي ينشأ فيها الطفل، وبين نموه اللغوي. فالطفل الذي ينشأ في بيئة ثرية بما فيها من وسائل مريحة وأجهزة ترفيهية تمكن بدورها من إثراء ثروة الطفل اللغوية، في حين أن البيئة الفقيرة بمثل هذه المقومات اللغوية فإنها تحرم الطفل من الخبرات التي حصل عليها الطفل كما في الحالة الأولى، حتى في حالة التساوي في

درجة الذكاء.

لقد أثبتت الدراسات أن أطفال المؤسسات والملاجئ أفقر لغوياً من الأطفال الذي يتربون في أسرهم. كما أن الأطفال الذين يعانون من الإهمال الشديد يكونون أبطأ في تعلم الكلام، وقد يتأخر كلامهم ويضطرب نطقهم.

٥. **الجنس:** لقد أثبتت دراسات متعددة أن النمو اللغوي عند البنات يكون أسرع منه عند الأولاد سواء من حيث عدد المفردات وطول الجمل ومدى الفهم أو طريقة النطق أو وضوح التعبير. وقد عزى بعض علماء النفس السبب في هذه الاختلافات بين الذكور والإناث إلى طبيعة المجتمع خاصة في المجتمعات الشرقية ومن ضمنها المجتمع العربي. إذ تتوفر الفرص للأولاد كي يلعبوا خارج المنزل، بينما تضطر البنات إلى البقاء داخل البيت مع أنواع من اللعب المقيد والذي تنحصر معظم مقومات هذا اللعب في صورة كلامية. كما أن وجود البنت إلى جانب أمها معظم أوقاتها يعتبر سبباً لاستمرار تجاذب الحديث بينهما. فتكون الأم والحالة هذه من أهم العوامل في نماء الثروة اللغوية للبنت.

٦. **وسائل الإعلام:** وهي تتمثل في التليفزيون والإذاعة وفيما يخصصه الإعلام من برامج للأطفال مباشرة عبر الفضائيات التي دخلت كل بيت، هذا بالإضافة لما يصدر من مجلات خاصة بالأطفال. وتعمل هذه الجهات مجتمعة على إثارة الطفل وتتيح له فرصة الاستزادة من الثروة اللغوية.

٧. **عملية التعلم:** وهي من أهم العوامل المؤثرة في نمو لغة الطفل في هذه

المرحلة المبكرة من حياته. وتعتمد عملية تعلـم اللغـة علـى المبـادئ الأساسية لنظريات التعلم خاصة إذا وظفت النظريات في ظل نظريـات التعزيز والإثابة وإثارة الدافعية لدى الطفل.

٨. **الحالة الانفعالية:** إن الاضطرابات النفسية تبقى ذات أثر سيء في النمـو اللغوي، بينما يساعد الجو العاطفي الممزوج بالعطف والحنان على النمو اللغوي السليم.

٩. **اللهجة بأشكالها تؤثر في النمو اللغوي:** فهي تظهر في مفردات الطفل وطريقة كلامه سواء كانت عامية أو فصحى.

١٠. **الحكايات والقصص:** وذلك بما فيها من مشوقات تحفز الطفل على طلب إعادتها أكثر من مرة مما يفيده كثيراً في اقتباس بعض مفرداتها أو جملها في كثير من المواقف.

١١. **ترتيب الطفل ووضعه في الأسرة:** فالطفل الأول في الأسرة متعددة الأطفال أقل حظاً من أخوته في قدرته على الكلام، لأنه يفتقد ما وجد الطفل الثاني والثالث من مصادر لغوية تثري لغته. فالأطفال السابقون يفيدون الأطفال اللاحقين ولا يستفيدون لغوياً مع عدم توفر مصادر لغتهم سوى ما يلقنـه له الآباء وما يكتسبون من اللغة هو ما يـوفره الآبـاء للجلـوس معهـم ومحادثتهم. وقد دلت التجارب على أن التوائم أبطأ في اللغة من غيـرهم من الأطفال الذين يولدون فرادي، كما أن الطفل الوحيد خاصة أن كـان بنتاً، يكون أكثر الأطفال تقدماً في كافة جوانـب اللغـة. ومـا ذلـك إلا لاستحواذه على اهتمام الوالدين في كونه طفلاً منفرداً بحيث تتـوفر لـه

فرص التعلم أكثر مما لو توزع اهتمام الوالدين على غيره من الإخوة.

- **النمو الانفعالي:**

أكثر ما يؤثـــر في هذا الجانب من النمـــو في مرحلـــة الطفولـــة المبكرة ما يلي:

١- **النضج:**

لعل أهم العوامل المؤثرة في الانفعال هي العوامـــل الوراثيـــة ممثلـــة بالنضج، والذي يرتبط بالعوامل التكوينية الفطرية للطفل.

لقد أثبتت أبحاث وتجارب جودا نـــف (Good enough) أن أغلـــب مظاهر الانفعال ترجع في معظم هيئاتها وأغلب صورها الأولى إلى مستويات النضج المختلفة عند الطفل، فهي لا تكاد تتأثر بالتـــدريب تـــأثراً واضـــحاً. وتتلخص هذه التجارب في دراسة المظاهر الانفعالية التي كانـــت تلاحظهـــا على وجه طفلة ولدت صماء عمياء، رصدتها لها بواسطة صـــور. قامـــت بدراستها بشكل علمي دقيق، فأظهرت دراستها أن لا فرق بين انفعالات هذه الطفلة المعاقة وبين مظاهر أي طفل عادي. فهي تضحك وتغضب وتبـــتهج وتستاء، مع أنها لم تر ولم تسمع أحداً يضحك أو يغضب ويبتهج أو يـــستاء. وبناء على ذلك توصلت إلى نتيجة مفادها أن الانفعالات ترجع في أصـــولها إلى عامل النضج والتكوين العصبي والعضوي والنفسي. ولا أثر للبيئة فـــي حالة هذه الطفلة لا من قريب ولا من بعيد.

٢- التعلم والتدريب:

أن أثر البيئة هنا يظهر بالتدريب المرتبط بالخبرة المستمدة من التفكير والحياة الثقافية.

ومن المتحمسين لأثر البيئة هيرلوك (Harlock) التي أكدت على أهمية العوامل البيئية في الانفعال. وأبرزت أثر كل منبه في انفعالات الطفل في هذه المرحلة، فالتعب مثلاً يزيد من قابلية الغضب، كـذلك فـإن المـرض ومـا يصاحبه من ألم وضعف يرهق النفس فإنه يقود إلى الانفعال لأتفه الأسـباب. وهناك الجوع الذي يثير الانفعالات الحادة. فقد ثبت أن نسبة الغـضب قبـل الطعام تصل إلى حوالي (٢٠%) في حين نجده يهبط بعد تناوله إلـى ٦%. كذلك إذا نظرنا إلى ترتيب الأولاد في الأسرة، سنجد أن أكثـرهم حـساسية للمشاكل وتأثراً بالانفعال هو الطفل الأول والأخير. أما الأول فلأنه أخذ قسطاً كبيراً من العناية والمحبة قبل مجيء منافسين جدد له. وهو يحـاول جاهـداً الحفاظ على هذه المكانة وأن لا يتنازل عن مثل هذه الميزة الممتعة. في حين نجد أن الطفل الأخير ينال اهتمام الكبار في الأسرة دون استثناء. فالكل يوليه المحبة والعناية الزائدة لأنه كما يقال في العامية (آخر العنقود). لـذلك فهـو يستغل هذه المكانة الفريدة فيوظف انفعالاته خاصة غضبه الممزوج بالصراخ والبكاء لفرض شروطه على الطرف الآخر وتحقيق مآربه.

كما يؤكد بول هانز (Paul Hans) على أثر البيئة في نـشأة وتطـور الانفعال وهو يذهب إلى أنه حينما يواجه الطفل موقفاً لا يجد له حلاً مباشراً

أو سريعاً، فإن ذلك يظهر بشكل تطورات نفسية، تـؤثر فـي فـسيولوجية الطفل فتزداد ضربات القلب وترتفع نسبة الـسكر فـي الـدم لمـد الجـسم بالطاقة التي يحتاج إليها. عندما تتضافر هذه التغيرات لتحفز الفـرد علـى مواجهة الموقف.

- **التكيف الانفعالي:**

أن التكيف الانفعالي مصدره الخبرة والتعلم البيئي، والذي يظهر أثـره في أنواع كثيرة من الانفعالات، التي تمكن الطفل من أن:

١. يتعلم المثيرات الجديدة لانفعاله وما يرافقها من ردود فعل مناسبة ومـن الأمثلة على ذلك مسببات الهرب والمقاتلة وما هي الطرق التي يمكن أن ينوع فيها الطفل للتعبير عن هذين الدافعين وهي كثيرة.

٢. يتعلم ضبط الانفعالات أو التمكن من إخفائها عن الناس وتزييفها وذلـك لرغبات المجتمع الذي يعيش فيه الطفل. فالطفل يبتسم أحياناً وهو غاضب في حقيقته، أو يتظاهر بالدهشة لسماع خبر عـادي لـيس فيـه جديـد أو طرافة أو آية إثارة.

٣. يتعلم التكيف في التعبيرات الوجهية عند الانفعالات فهناك تعبيرات فطرية لا إرادية، لكنها تتحول بفعل الإرادة وتأثير التربية البيئية إلى تعبيـرات مكتسبة، خاصة التعبيرات التي لها دور فعال في العلاقـات الاجتماعيـة ومن الأمثلة على ما تقدم الابتسامة الصفراء، وابتسامة التهكم، وابتسامة النفاق والمداراة. وهناك الدموع مثلاً نجد من أنواعها دمـوع النائحـات

المستأجرات في المآتم، ودموع التماسيح، ودموع الممثلين وغيرها من الدموع الحقيقية التي تنهمر وبغزارة عند حدوث المصائب بأشكالها المرة.

وخير دليل على التكيف الاجتماعي للتعبيرات الانفعالية من شعب لآخر بين الرجال والنساء ما نورد وكمثال عن الدهشة أيضاً (Surprise) الذي يعبر عنه ترفع الحاجبين وانفراج العينين كما هو معتاد عندنا إلا أن الصينيين يعبرون عنها بإخراج ألسنتهم. ونحن نعبر عن انفعال الارتباك بحك مؤخرة الرأس أو هرش الأذن والخد، في حين يعتبر هذا عند الصينيين نوعاً من الشعور بالسعادة والتعبير عنها.

٤. **الدافعية والانفعال:** قبل أن نتكلم عن الدافعية والانفعال وبعد أن أدركنا مفهوم الانفعال علينا الآن معرفة الدافعية (Motivation) كمصطلح نفسي :

- الدافعية عبارة عن حالة توتر في الكائن الحي تبعث فيه حاجة فيسعى الكائن الحي إلى إشباع هذه الحاجة لتخفيف حدة توتر الدافع".
- الدافع هو مجموعة الظروف الداخلية والخارجية التي تحرك الفرد من أجل إعادة التوازن الذي اختل.
- الدافع هو حالة داخلية جسمية ونفسية تثير السلوك في ظروف معينة وتواصله حتى ينتهي إلى غاية معينة".
- الدافع هو العامل الأساسي المسيطر على السلوك.

وكمثال على الدافعية، أن الطفل يظل يبكي بدافع الجوع، ولا يتوقــف سلوكه هذا إلا بعد إطعامه.

والآن وبعد معرفة ماهية الدافع نعود لربط الدافعية بالانفعـــال. فهنـــاك علاقة قوية بين الدافع والانفعال، وهي علاقة معقدة. فالدافع سواء كان جسمياً أو نفسياً يعمل على استثارة سلوك الإنسان. فإن كان هذا الدافع فجائياً وقويـــاً فإن الانفعال سيكون على درجة كافية من القوة بحيث تتناسب مع قوة الدافع المسبب له.

إن إشباع الحاجة القائمة هو الهدف الأساسي من الـــسلوك. فالإشـــباع يؤدي إلى تحقيق درجة من حالة التوازن المطلوبة. وبعد فترة مـــن الـــزمن يختل هذا التوازن ثانية ويتجدد الدافع فيصبح بحاجة إلى إشباع. وأما ســـبب تجدد الدافع فهو نتيجة لظهور حاجات جديدة، وإما نتيجة لنقص في الشروط الجسمية والنفسية المرافقة للحاجة الأولى وذلك مع مرور الزمن الـــذي أدى إلى وجود مثل هذا الوضع. ولنأخذ الحاجة إلى الطعام وهو دافع الجوع الذي يقترن بانفعال ملّح ضروري كل أربع ساعات، وهي المدة الفاصلة بين كـــل وجبة وأخرى.

إن اغلب دوافعنا الأساسية ترافقها عادة انفعالات مميزة. فالحاجة إلـــى الطعام تقترن بانفعال الجوع، كما ذكرنا. ودافع طلب الأمن والطمأنينة يرتبط بانفعال الخوف، وكذلك دافع الجنس يقترن بانفعال الشهوة . . . وهكذا. وهذا يدل بالطبع على أن الانفعال هو القوة المحركة للدافع وبدونه يكـــون الـــدافع

خامداً لا أثر له.

إن ما ذكر من علاقة لانفعالات بالدوافع تظهر لنا نـوعين مـن هـذه العلاقات. إذ أن الانفعالات في بعض الأحيان تكون مصاحبة للدّوافع وأحياناً أخرى تكون هي نفسها دوافع في حدّ ذاتها.

فالانفعال إذن يتضمن عنصرين في آن واحد. فهـو حالـة شـعورية. خاصة وتأهب لعمل معين فالخوف شعور خاص وتأهب للهرب. والغـضب شعور خاص وتأهب للقتال. والمرح ينطوي على التأهب للضحك والحـزن على التأهب للبكاء.

إن هذا المبدأ يمكن تطبيقه على كل نوع مهما كان مصدره. فهو مبـدأ أساسي من المبادئ التي تهيمن على الحياة والسلوك في آن واحد. وحـسب هذا المبدأ يكون كل انفعال دافعاً في الوقت نفسه.

٥. **وسائل الإعلام:** وهي تؤثر في النمو الانفعالي في هـذه المرحلـة بـشكل واضح، خاصة بعد دخول الراديو والتليفزيون بيوت معظم الأسـر فـي وقتنا الحاضر. إن الأطفال يستجيبون انفعالياً لكثير من الأفـلام خاصـة أفلام العنف منها، إذ عندما يشاهدها الطفل تظهر ردود أفعاله الانفعاليـة بأن يتصبب العرق لديه خاصة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بـين (٤-٥) سنوات. في حين تقل درجة استجابة الطفل الانفعالية نسبياً عنـد مشاهدة أفلام الكرتون التي تصور العنف أيضاً. ومن الملاحظ أن طفـل هذه المرحلة لا يبدو لديه ردود فعل انفعالية غير عادية عند مشاهدة أفلام

خالية من العنف والعدوانية وأن الأطفال بـشكل عـام يفـضلون أفـلام الكرتون بشكل خاص.

- **النمو الاجتماعي:**

تتأثر خصائص النمو الاجتماعي وحاجاته بعملية التنشئة الاجتماعيـة وفي الأسرة بشكل خاص. فالأسرة إلى جانب أساليب الثواب التي يمارسـها الوالدان تمتلك الملاحظة والتقليد والتوحد من قبل الطفل أيضاً. ويظهر أثـر الوالدين جلياً وبشكل كبير في هذه المجالات التي تعمل على تشكيل سلوكيات الطفل وتعديلها. إن إدراك الطفل لاتجاهات والديه خاصة اتجاهات الأم نحوه. وقد يظن الوالدان أن اتجاهاتهما وأساليب تربيتهما للطفل تسير بشكل سـليم، ولكن الطفل ينظر إلى هذا النمط من التربية نظرة مخالفة. فقـد يـرى فـي حنانها أنه نوع من التراخي في حين يرى في حزمها نوعاً من التسلط.

وهناك في الأسرة العلاقات المتبادلة بين الطفل ووالديـه كمـا ذكرنـا والعلاقات المتبادلة بين الطفل وأخوته. وكذلك هناك أثر الجـنس وترتيـب الطفل في الولادة بين أخوته، والفترة الفاصـلة بـين ولادة الأطفـال فـي هذه الأسرة.

إن الأسرة تلعب الدور الأكبر في إشـباع حاجـات الطفـل وتكـوين شخصيته في كل جانب من جوانبها. وأكثر أثر للأسرة تجـده خاصـة فـي شخصية الطفل ألاتكالي (الاعتمادي) الذي يعتمد على الكبار (خاصة والديه) بدرجة كبيرة.

وهناك الجو النفسي الأسري، وأثر ذلك على توافق الطفل لأن معظم توافقه متعلم من الوالدين من خلال تقليدهم أو التوحد معهم وتفحص شخصياتهم. والأطفال الذين يربيهم أب كريم يشبون مثله على عكس من يربيهم والد بخيل فإنهم لن يكونوا أفضل من أبيهم وكما يقول المثال العامي "ابنك على ما تربيه" أو كما قال الشاعر:

"شيم الألى أنا منهمو ∴ والأصل تتبعه الفروع"

إن سلوكيات الطفل بشكل عام. ما هي إلا حصيلة العلاقات المتبادلة بين الوالدين من جهة وبينه وبينهم من جهة أخرى.

- **النمو الديني:**

تتأثر خصائص النمو الديني واحتياجاته في مرحلة الطفولة المبكرة بما يلي:

١. **التنشئة الاجتماعية:** فالوالدين في الأسرة وخاصة الأم التي تسرع في تلقين الطفل بعض تعاليم الدين في هذه المرحلة. لذلك يقال أن الأبناء على دين آبائهم. فالطفل يلاحظ ما يقوم به الأهل من عبادات فيقلدهم .

٢. يتأثر الشعور الديني بالتفكير والتخيل في خاصيتين تتميز بهما مرحلة الطفولة المبكرة. كما يتأثر الطفل بالمحسوسات من عبادات كالصلاة والصوم والزكاة، بينما تتأخر الصور المجردة والمعنوية إلى مراحل لاحقة كالتوحيد والغيبيات والمسلمات.

٣. القصص الديني وأثره في حياة الطفل فهو شغوف للاستماع للقصص في هذه المرحلة.

- **النمو الأخلاقي:**

أن خصائص النمو الخلقي واحتياجاته تتأثر إلى حد كبير بعوامل تتركز في معظمها في التنشئة الأسرية بخاصة والاجتماعية بعامة. هذا بالإضافة للعوامل الثقافية والتي نذكر منها ما يلي:

١. **التوحد:** وفيه يتبنى طفل هذه المرحلة نمطاً كلياً للسمات والدوافع والاتجاهات والقيم الموجودة لدى الشخص المتوحد معه، وهو في الغالب أحد الوالدين. ومن الجدير بالذكر أن السلوك الذي يتمثله الطفل عن طريق التوحد يمتاز بأنه ثابت نسبياً.

٢. **التقليد:** ويبدأ في تقليد الطفل في الأسرة والمربيات في الروضة في هذه المرحلة ثمَّ ينتقل في مراحل لاحقة إلى المدرسة فيقلد معلميه، ثمَّ إلى الأندية فيقلد رؤساءها، وتتعدى ذلك إلى تقليد رفاقه المتفوقين والمتميزين. وهكذا يتأثر في نموه الخلقي بمن يقلدهم من الأشخاص.

٣. **الثواب والعقاب:** ويبدأ أيضاً بالأسرة ثمَّ ينتقل إلى الروضة أولاً وإلى المدرسة ثانياً وأخيراً إلى المجتمع الكبير. وحظ الطفل منه في نطاق الأسرة كبير، إذ يعمل الثواب والعقاب على تقويم الخلق وتعديل سلوك الطفل. وجوهر هذا الأسلوب في تعديل السلوك هو إثابة الخلق الحسن ومعاقبة الخلق السيئ أو الخاطئ.

ولا يقصد بالعقاب الضرب والقسوة بقدر ما هو إعاقة السلوك الشاذ وتحويله إلى سلوك مقبول أو إطفائه نهائياً.

٤. **الملاحظة:** فالطفل هنا باستطاعته مشاهدة أنماط سلوكية يقوم بها من حوله من الكبار، وبدون الحاجة إلى عملية التدعيم ايجابياً أو سلباً. فالطفل قد يكتسب مخاوف والديه عن طريق الملاحظة كالخوف من العواصف والرعود مثلاً، أو مشاهدته لشخصية عدوانية على شاشة التليفزيون. وفي المقابل قد يشاهد نموذجاً مسالماً متعاوناً وغيرياً فإن الملاحظة ستؤثر بالطبع بطريقة مطابقة لما يلاحظه الطفل في كلا الموقفين.

٥. **التفكير التأملي:** أن رصيد الطفل الثقافي يزوده بنمط من التفكير الخاص الذي يعتمد على التعبيرات القوية والقدرة على تحليل المواقف المختلفة بحيث يميل بواسطتها إلى الفضيلة والعدل. وهذا التفكير يأتي بشكله الفاعل في مراحل لاحقة من الطفولة المبكرة.

٦. وأخطر ما يتعرض له نمو الطفل الخلقي في هذه المرحلة هو ما يقع فيه الآباء من تناقض في الأقوال والأفعال. لأن ذلك سيوقعه بنفس سمة التناقض

٧. القدوة وما لها من آثار فعّالة في نمو السلوك الخلقي للطفل.

- **النمو الجنسي:**

تتأثر خصائص واحتياجات النمو الجنسي عند طفل مرحلة الطفولة المبكرة بالتنشئة الأسرية بالدرجة الأولى. إذ أن تضايق الآباء من كثرة أسئلة

الطفل حول الأمور الجنسية، وإدراك الطفل لهذا الموقف وما يتضمنه من كراهية الوالدين للحديث في مثل هذه الموضوعات. إن مثل هذه المواقف تجعل الطفل يُحجم عن إشباع حُب الاستطلاع لديه حول هذه الأمور، لأنه يخشى أن يزجر أو حتى يعاقب إن خاض في هذا المجال ثانية.

وهناك ما هو من الخطر بمكانه وهو نقص المعلومات وقد يصل الأمر إلى المعلومات الخاطئة التي يزود بها الطفل. وهذا الوضع له نتائجه غير المحمودة، إذ ستجعل الطفل يشعر بالذنب أو الإثم أو محاولته في الحصول على المعلومات من مصادر أخرى لأن كل ممنوع مرغوب.

ومما يؤثر على خصائص واحتياجات الطفل للنمو الجنسي أيضاً ما قد يقع بين يدي الطفل من صور أو مشاهدة أفلام أو سماع نكت يرتبط جميعها بالجنس.

إن الفراغ أيضاً وما يقود إليه من انفراد الطفل بنفسه له آثاره غير المرغوبة لأنها تمنح الطفل فرص العبث بأعضائه التناسلية والتلذذ بها.

ومن المؤثرات أيضاً اشتراك الأطفال من الجنسين. باللعب، خاصة بعد سن الرابعة. إذ يعمدون إلى لعب أدوار الأب والأم أو العريس والعروسة فيندفع كل منهم لتفحص أجسام بعضهم بعضاً بما في ذلك أعضائهم التناسلية لاكتشاف الاختلافات وملاحظة الفروق التشريحية بين الجن

الفصل الثاني

اضطرابات الأطفال السلوكية

أولاً: اضطرابات الكلام
ثانياً: النشاط الزائد
ثالثاً: العدوان
رابعاً: الكذب
خامساً: الخوف
سادساً: التمرد والعصيان
سابعاً: الخجل
ثامناً: مص الأصابع
تاسعاً: قضم الأظافر
عاشراً: التبول اللاإرادي
حادي عشر: اضطراب الانتباه (تشتت الانتباه)
الثاني عشر: اضطرابات الهوية الجنسية (التحول الجنسي)
الثالث عشر: التأخر الدراسي
الرابع عشر: اضطرابات النوم

أولاً: اضطراب الكلام

- **طبيعة مشكلة اضطرابات الكلام:**

يُعتبر الكلام من أهم وسائل الاتصال الاجتماعي، فهو يُعبر عن نشاط اجتماعي يصدر عن الفرد، وتدخل فيه عدة توافقات عصبية دقيقة مركبة يشترك في أدائها مركز الكلام في المخ الذي يسيطر على الأعصاب وهذه تقوم بتحريك العضلات التي تقوم بإخراج الصوت. كذلك تشترك الرئتان والحجاب الحاجز، إذ تقوم الرئتان بتعبئة الهواء وتنظيم اندفاعه، وبمرور الهواء على الأوتار الصوتية، وداخل الحنجرة والفم والتجويف تحدث تشكيلات مختلفة من الأصوات.

وقد يلاحظ عند الفرد اضطراب في الكلام والذي يبدأ أحياناً لدى الطفل في سن مبكرة، وقد يختفي هذا الاضطراب مع نمو الطفل أحياناً، ولكن في أحيان أخرى تستمر لدى البعض هذه الاضطرابات على الرغم من نموهم في العمر، وقد يتطور عند البعض الآخر إلى مرضٍ يستدعي تدخلاً طبياً وليس نفسيًّا فقط (الزعبي ، ١٩٩٤).

ويرى فهمي (١٩٧٥) أن الطفل المصاب قد تظهر عليه أعراض لأمراضٍ جسمية ونفسية أخرى مثلاً: ظاهرة تحريك اليدين، أو القدمين، أو الكتفين، أو الضغط على الأسنان، أو ركل الأرض أو الضغط عليها.

كما يعاني المصاب باضطراب الكلام عادة من أمراض نفسية مثل القلق، والشعور بعدم التقبل الاجتماعي وعدم الثقة بالنفس، والشعور بالخجل، والشعور بالنقص مما يولِّد شعوراً بحب العزلة والانزواء وحده، والخجل والانطواء المصحوب بالتوتر النفسي. ولكن هناك من حالات المصاب باضطراب الكلام التي تصمد أمام التحدي المرضي والنظرة الاجتماعية وتولد لدى الطفل الدافع لبذل مزيدٍ من الجهد وممارسة التحدي حتى يصبح متفوقاً على زملائه.

واضطرابات الكلام عديدة منها تأخر الطفل في الكلام، أو صعوبة إخراج مقاطع الكلمات أو بعض الحروف، أو عدم تطور تحصيل الطفل من الكلام، واحتباس الكلام أو التأتأة أو اللجلجة.

وسوف نتحدث عن التأتأة لأنها أكثر مشكلات الكلام حدوثاً.

- التأتأة أو اللجلجة
- وهي عبارة عن اضطرابات كلامية تتجلى على شكل تقلص الكلام مصحوب بتكرارٍ غير مرغوب، ووقفات في مجرى الكلام، وتكون إما على شكل ترددي " Clomic " أو تشنجي " Tomic " وتحدث في سنوات بداية التكلم، وقد تستمر حتى مرحلة البلوغ.

وتدل الدراسات أن حوالي ٠,١ من الناس المصابين بالتأتأة نصفهم من الأطفال (منصور، ١٩٨١).

والتأتأة تكون عادة في سن الثالثة أو الرابعة من العمر وذلك في أثناء اكتساب الطفل للكلام أو في سن الخامسة عند دخوله المدرسة الابتدائية، حيث تكون هناك منافسة بينه وبين زملائه، وتستمر إلى بضعة أشهر فقط، أما التأتأة المعتدلة فتبدأ في عمر ٦–٨ سنوات وقد تستمر لمدة سنتين أو ثلاث سنوات.

أما التأتأة الدائمة فتبدأ ما بين سن الثالثة والثامنة من العمر، وتستمر إلا إذا عولجت بأسلوب فعال

وتُعتبر التأتأة التي تظهر بعد سن الخامسة أكثر خطورة من التأتأة التي تظهر في سنٍ أبكر.

ومن الواضح أن التأتأة تظهر في معظم الأحيان ما بين الثانية والخامسة من العمر، فهناك حوالي ٤% من مجموع أطفال هذه الفئة العمرية يعانون من التأتأة، ومع وصول سن المدرسة الابتدائية نجد أن ١% – ٣% تقريباً من الأطفال يتلعثمون، وهناك إحصائية تشير إلى أن ٧٥% من أطفال سن العاشرة الذين يتلعثمون يستمرون في تلعثمهم مدى الحياة.

كما تشير الإحصاءات إلى أن ٨٠% من المتلعثمين في مرحلة الطفولة لا يتلعثمون وهم راشدون، إلا أن الكثيرين منهم تتطور لديهم مشكلات شخصية مثل الخجل والانسحاب والافتقار إلى الثقة بالنفس بسبب خبرتهم السابقة.

كما أشارت تلك الإحصاءات إلـــى أن ٥٠% مـــن الأطفـــال الـــذين يتلعثمون بشدة يستمرون بالتلعثم الشديد في الكبر.

وتشير الدراسات أيضاً إلى أن نسبة المتعلمين من الذكور من جميـــع الأعمار تبلغ ٤-٨ أضعاف نسبة المتلعثمات من الإناث بالرغم مـــن عـــدم ارتباط التأتأة بالذكاء والوضع الاقتصادي والاجتماعي (شـــيفر وآخـــرون، ١٩٨٩). وفي تقرير جوتمان (Gutmann) وُجد أن ١٠% من النساء يقابلها ٩٠% رجال يتعلمون، وأحد الأسباب هو تعرض الرجل للإثارة أكثـــر مـــن النساء (عبدالرازق، ١٩٨٧).

كما دلّت الدراسات والبحوث الحديثة على انتشار التأتأة بين المصابين بأمراض نفسية وعقلية بنسبة ٥,٠% من بين المترددين على عيادات الطـــب النفسي بالجامعة (عكاشة، مرجع سابق).

- **أسبابها:**

لقد تعددت الأسباب المؤدية إلى التأتأة، فالبعض منها معقد وعلاجـــه صعب، في حين أن البعض الآخر ليس كذلك. ونوجز هنا الأســـباب التـــي تؤدي إلى التأتأة عند الطفل كما يلي:

١- **الأسباب العضوية:**

قد تنتج التأتأة عن استعداد وراثي، لذا فمن المحتمل أن يصاب الفرد بالتأتأة إذا كان في الأسرة أفراد مصابون بالتأتأة. فقد تبين أن ٦٥% من أفراد عينة كبيرة من المصابين بعيوب الكلام كان أحد والديهم أو أقاربهم مصابا بهذه العيوب، كما قد تنجم التأتأة عن خلل في الجهاز السمعي عند الطفل مما يؤدي إلى إدراك الكلام بشكل خاطئ أو تأخير في حصول المعلومات المرتدة نتيجة الضعف في السمع، وقد يتطور هذا المرض إذا لم يعالج الطفل بشكل مبكر.

وهناك وجهة نظر ترى أن التأتأة تنجم عن اختلاف في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في الأعصاب المتحكمة في الكلام مثل وجود خلل في العصب المحرك للسان أو تعرض مركز الكلام في الدماغ لتلف معين أو وجود ورم دماغي (الخليدي، ١٩٨٧).

كما تنجم التأتأة عن عيوب في جهاز الكلام المتمثل في الفم واللسان والفكين وسقف الحلق العلوي والداخلي وكذلك لوجود خلل في الشفتين، وهذه العيوب قد تكون خليقة وتحتاج إلى تدخل جراحي.

كما أنّ إصابة الدماغ في فترة الطفولة وخاصةً مؤخرة الرأس، والتهابات الأنف، وإفرازات الغدد، واضطرابات الدورة الدموية، من الأسباب المؤدية إلى التأتأة.

٢- **أسباب عضوية نفسية:**

تؤثر العوامل النفسية أحياناً في الآلية العضوية لإنتاج الكلام عند الطفل. ومن الشائع في هذه الأسباب وجود اضطرابات في التوقيت أي تشويش في توقيت حركة أي عضلة لها علاقة بالكلام بما في ذلك الشفاه والفك.

وهناك خلل في الارتباط الدقيق بين الأصوات والمقاطع، وتنتج تشويهات الكلمة عن أي خللٍ في الدقة المتناهية في التوقيت اللازم للحديث الطبيعي عند الطفل.

وهناك نظرية حديثة تقول بوجود منعكس غير ملائم تفتح خلاله الحبال الصوتية قبل البدء بالكلام بدلاً من أن تبقى معاً في حالة ارتخاء. فبعض الأطفال يتوقفون عن الكلام فترتخي الأوتار الصوتية، بينما يقوم آخرون بإغلاق حبالهم الصوتية فتقفل، ممّا يجعل النطق صعباً جداً. وترى هذه النظرية أن مقاومة الفرد للإغلاق العضوي للحبال الصوتية هو الذي يؤدي إلى التأتأة (شيفر وآخرون، ١٩٨٩).

٣- **أسباب نفسية وبيئية:**

تُعتبر التأتأة أحد أعراض القلق والصراع النفسي عند الطفل وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة النفسية وأنها نتاجٌ للخبرات التي تحتوي على صراع، وعلى موقف شعوري مقاوم لم يجد طريقه إلى رد الفعل.

كما تُعتبر أيضاً نتاجاً للمخـــاوف والوســـاوس، وكــذلك للــصدمات الانفعالية التي تواجه الطفل ولشعوره بالنقص، وشعوره بالإحباط في مواقف تنافس.

كما أن توقعات الوالدين غير الواقعية تؤدي إلى توترهم وقلقهم وتزيد من الضغوط النفسية عليهم . فالأبوان اللذان يجبران طفلهما على الكلام قبل أن يكون على درجة كافية من النضج يسببان له التــوتر والتأتــأة. كمــا أنّ المبالغة في إيصال الطفل إلى الكمال يولد لديه القلق والتوتر أيضاً، فالاهتمام المبالغ فيه بكلام الطفل، وردود الفعل المبالغ فيها تجاه الطفل تسبب له التأتأة واضطراباً في الكلام. كما أنّ تعلم الطفل لعادات النطق السيئة، أو تــشجيع الأهل له بالاستمرار في نطق الكلمات بشكل غير صحيح تلطفاً وتدليلاً تؤدي إلى اضطرابات في الكلام واستمرارها إلى فترة متأخرة. كمــا أنّ وصــف الأطفال بأنهم يتلعثمون في حديثهم يؤدي إلى تقبلهم وتقبــل الآخــرين لهــذا التسمية مما يجعل التأتأة لديهم أكثر تكراراً.

كما أنّ محاولات الطفل التغلب على التأتأة بشدة أمام الآخرين تــؤدي إلى مزيد من التردد في الحركات التي تشبه اللازمة.

كما أنّ التوقعات المتدنية القليلة من الطفل وتلبية كل احتياجاته خاصة في السنوات الأولى من عمره تؤدي إلى اعتماده على والديه ويــصبح نمــو الكلام لديه غير ضروري ولا تشجع من قبل الوالدين مما يجعل تعبير الطفل عن نفسه غير واضح، وقد يظهر شعوره بعدم الكفاءة علــى شــكل كــلام

مضطرب تشوبه التأتأة.

كما أنّ الخلافات الأسرة " بين الأبوين " تُعتبر مصدراً لقلق الطفل الصغير وتؤدي إلى التوتر النفسي عنده، مما يؤدي إلى التأتأة. فالأطفال الذين يتكلمون بشكل طبيعي سوف يتلعثمون إذا كانوا قلقين جداً أو متوترين، وتزداد الحالة سوءاً إذا كان لدى الطفل أصلاً ميلٌ إلى التلعثم في المواقف المثيرة للقلق والتوتر، لأن القلق والتوتر يفقدان الطفل القدرة على التحكم في العضلات التي تتحكم بالكلام (عمارة، ١٩٨٦، ياسين، ١٩٨١).

كما أن خوف الطفل من أن يبدو بطيئاً أو بليداً، وخوفه من انتقادات الآخرين يخلق عنده توقعاً بأنه لن يتكلم بشكل جيد، مما يؤدي إلى التأتأة. زد على ذلك فإن عدم استعداد الطفل من الناحية الانفعالية لمواجهة بعض المواقف يؤدي إلى التأتأة تعبيراً عن الخوف والرفض، كما يظهر ذلك في الأداء أمام الآخرين، أو عندما يذهب إلى المدرسة بعد قضاء مدة وهو مريض.

بالإضافة إلى ذلك فإن إرغام الطفل الأعسر على استخدام يده اليمنى يؤدي إلى التأتأة. فمن المرجح أن الطفل في هذه الحالة بالإضافة إلى التوتر والقلق الذي ينتابه فإن جزء الدماغ المسيطر على اليد المفضلة يكون مسؤولاً عن ذلك. فالتأتأة تنجم في هذه الحالة عن التوتر النفسي والتداخل العصبي. وقد تكون بالإضافة إلى ما تقدم ناجمة عن تقليد الطفل أو معايشته لأناس آخرين يعانون من التأتأة قد تكون تعبيراً عن حالة نكوصية عند الطفل

للحصول على ما يريد، كما قد تكون تعبيراً عن رفض الواقع الذي يعيش فيه، والذي يسوده سوء التوافق سواء في الأسرة أو المدرسة.

- **الوقاية والعلاج:**

هناك عدة طرق يمكن للأخصائي النفسي أو المعالج أو الأبوين إتباعها بعناية مع الأطفال الذين يعانون من التأتأة من أهمها ما يلي:

١- العلاج العضوي، الطبي:

في حالة اضطرابات الكلام الناجمة عن حالات عضوية قد يتطلب ذلك تدخلاً علاجياً جراحياً عصبياً، ويمكن استخدام عقار (ل. س. د.) في علاج التأتأة عند الفرد. فالشخص المتلعثم ينطلق من أسوار قلقة، ويتكلم بطلاقة تحت تأثير العقار مما يعزز ثقته بنفسه.

كما أن مراجعة أخصائي أذن وأنف وحنجرة ، وكذلك مراجعة أخصائي أسنان ضرورية لمعرفة وجود عائق عضوي أم لا.

وقد أثبتت الدراسات أن نسبة عالية من الذين يعانون من التأتأة يعانون من شذوذ في رسم المخ الكهربي، ولذلك فلا مانع من استعمال العقاقير المضادة للصرع.

علاوة على ذلك فإن علاج العيوب الجسمية التي تسبب عيوب النطق كالشفاه المشقوقة، أو تشوه الأسنان، أو خلل الحبال الصوتية، أو علاج

أعصاب النطق المرتبطة بمركز الكلام شيء ضروري وهام للتغلب على هذه العيوب (عريفج ، ١٩٨٧).

٢- تعليم الأطفال الكلام الصحيح إذا كانوا يتقبلونه باستخدام طرق ملائمة :

وهنا ينبغي ألا يُكره الأطفال على تعلّم الكلام بــالقوة إلا إذا كــانوا يقبلونه وعلى استعداد لذلك. ومن المفضل أن يــستخدم الوالــدان التــشجيع وزيادة الدافعية عند الطفل للتعاون بإعطاء بعض المكافــآت. ومــن المفيــد تشجيع الطفل على التباطؤ في أثناء الكلام، والبدء بكل مقطعٍ بهدوء ورفــق حتى لا تنغلق صمامات الحنجرة مما يعين الحديث بيسر لديه.

كما ينصح بتشجيع الطفل على التنفيس باستخدام عــضلات التــنفس البطنية وليس عضلات صدورهم، ولابد من التدريب بشكلٍ متكرر على هذا الإجراء

كما أن هناك طرقاً تعتمد على الحديث المتقطع، وهــي مــن أقــدم الوسائل في معالجة مخيفة أكثر فأكثر هي من الطرق الفعالــة، وتفيــد مــع الأطفال الصغار أكثر من الكبار. وهذه الطريقة مفيدة لكل أنواع التلعثم عــدا الحالات الناتجة عن اضطرابات في الحنجرة.

كما أن العلاج الكلامي بالتمارين والقراءة بصوتٍ عالٍ، والتكلم أمام المرآة مع وجود مسجل مفيد في التغلب على هذه المــشكلة، حيــث تكــون المقاطع في البداية من حرفين أو ثلاثة، ثمَّ تزداد تدريجياً ويكون ذلك تحــت إشراف سيكولوجي.

٣- تنمية شعور الطفل بالكفاءة وخفض القلق والتوتر والضغط لديه :

إن تنمية شعور الطفل بالكفاءة تقي من حدوث التأتأة وذلك باكتشاف أفضل الطرق لمواجهة المواقف الصعبة.

فالتأتأة توجد لدى الطفل شعوراً بالاختلاف عن الآخرين، وعدم الكفاءة . ومن المهم جداً مساعدة الطفل على الشعور بالاسترخاء والإحساس بمهارته اجتماعياً، وبإمكان الوالدين والأقارب مساعدة الطفل بتقديم جو يسوده الاسترخاء حيث يستطيع الطفل الانسجام مع الآخرين دون توتر.

لذا لابُدَّ من الكشف عن سبب التوتر والعمل على خفضه قدر المستطاع، ومن المفضل تعليم الطفل استخدام أسلوب لعب الأدوار حين التعامل مع الطفل، وذلك عندما لا يشعر الطفل بعدم الكفاءة وعدم القدرة على التصرف. فتكرار هذا الأسلوب في جو خال من القلق والتوتر والضغط يؤدي إلى تخلصه تدريجياً من التأتأة.

ومن المهم أيضاً تشجيع الطفل على التعبير عن مشاعره واهتمامه عند وقوع أحداث مؤلمة، مع تقديم التعاطف والتطمين له.

وينبغي أيضاً عدم استعجال الطفل بطيء الكلام، فالصبر والتقبل وخفض التوتر جميعها تساعد على ذلك.

ومن اللازم أيضاً عدم تصحيح النطق بجعل الطفل يعيد كلمة أو جملة مرة أخرى، أو الضغط عليه للتحدث أمام الأصدقاء أو الأقارب لأن ذلك يزيد

الشعور بالارتباك ويزيد من التأتأة. ولابد هنا من خفض التوتر لديــه عــن طريق ممارسة نشاطات ممتعة.

ولابد أيضاً في بعض الحالات من خفض توقعات الوالدين من الطفل، إذْ أن بعض الآباء لديهم توقعات علنية أو ضمنية بأنه يجب أن يتحسن كلام الطفل.

لذا لابُدَّ للوالدين من كبت قلقهم ، وتشجيع أبنائهم مما يساعد الطفــل على التخلص من التأتأة. فبعض الآباء يتصفون بالكماليــة ويظنــون أن أداء أطفالهم ينبغي أن يكون أفضل بكثير .

٤- الدعم والتشجيع والمكافأة:

من الضروري وكخطوة أولى عدم مكافأة التأتأة دون قصد وذلك عن طريق الانتباه للطفل الذي يتلعثم، فأي شكلٍ من أشكال الاهتمام قد يؤدي إلى تقوية التأتأة لدى الطفل.

وقد يتجلى الاهتمام بالطفل على شكل انتقاد أو تعــاطف أو صــرف وقت مع الطفل أو إعطائه امتيازات إضافية.

لذا ومن أجل تخليص الطفل من مشكلة التأتأة لابُدَّ من تجاهل المشكلة تماماً، وعدم السخرية من الطفل، واستخدام الأسلوب السلوكي الــذي يعتمــد على عمليات الإطفاء للمنعكسات الشرطية. ثمَّ استخدام نظام مــن التعزيــز

بحيث يحصل الطفل على الثناء عند انقطاعه لفترة قصيرة عن التأتأة وإذا تم ترتيب نظام التعزيز بشكل مناسب فإن الطفل سوف يحصل علـــى المكافـــأة فوراً.

وينبغي أن تكون فترات التدريب قصيرة إلى درجة تكفي لضمان عدم وجود تأتأة في أثنائها على أن يزداد طول هذه الفترات كلما قل تكرار التأتأة. لذا فإن الطفل يعزز من سلوكه الايجابي بالتحدث بـــسهولة ويـــسر (شـــيفر وآخرون، مرجع سابق).

ثانياً: النشاط الزائد Hyperactive

مفهوم النشاط الزائد ومظاهره:

يُعرّف (شيفر) النشاط الزائد " بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول ". إنه متلازمة (تناذر Syndrome) مكون من مجموعة اضطرابات سلوك ينشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعضوية معاً.

فالنشاط الزائد عبارة عن حركات جسمية عشوائية وغير مناسبة تظهر نتيجة أسباب عضوية أو نفسية، وتكون مصحوبة بضعف في التركيز وقلق وشعور بالدونية وعزلة اجتماعية. فالشيء الهام الذي يجب الانتباه إليه هو أن النشاط الزائد يظهر من خلال النشاط غير الملائم وغير الموجّه بالمقارنة مع سلوك الطفل النشط الذي تتسم فعالياته بأنها هادفة ومنتجة. فكثيراً ما يذكر الأبوان بأن طفلهما لا يستقر ولا يهدأ، وأنه دائم التجوال في المكان، حيث يتسلق الجدران، ويتكرر فشله في إتمام المهمات الموكلة. وقد ذكر في إحصائيات انجلترا أن هناك ما يقرب من ٣٠% من الأطفال يوصفون بفرط النشاط من قبل ذويهم (الحجار ، ١٩٨٧).

ولكن الشيء المهم هو نوع النشاط الذي يوجد عند الطفل وليس مستوى النشاط ذاته، فالعشوائية في النشاط والسلوك غير الموجه نحو هدف، وعدم الامتثال للنظام، مثل نظام الصف، أو مواعيد طعام الأسرة هو المعيار الذي يمكن من خلاله أن نحكم على النشاط الزائد عند الطفل والذي يُعتبر من

المشكلات اليومية التي تُعاني منها الأسرة والمدرسة.

ولقد أظهرت الدراسات أن النشاط الزائد يكثر عند الذكور وعند أبناء الطبقات الفقيرة عما هو عند الإناث وأبناء الطبقات الغنية. ودلت الإحصائيات أن حوالي ٥%-١٠% من جميع الأطفال لديهم نـشاط زائـد، وأن حـوالي ٤٠% من الأطفال يُحالون إلى عيادات الصحة النفسية نتيجة فرط النشاط.

والجدير ذكره أن فرط النشاط واسع الانتشار ويُعتبر أمراً طبيعياً عند أطفال عمر السنتين إلى ثلاث سنوات، وهو منتشر أيـضاً عنـد الأطفـال الأذكياء جداً والذين يميلون إلى الاستكشاف وحب المعرفة ممـا يعرضـهم للانتقاد من قبل الراشدين.

ولهذا يجب عدم التسرع والحكم على الطفل بأن ما يوجد لديـه مـن نشاط زائد يدل على اضطراب في السلوك إذ غالباً لا يكون كذلك. فالطفـل بطبيعته لديه طاقة زائدة ولابد أن يتحرك، ويلعب، وقد يسبب الأذى أحيانـاً (بدون قصد) مما يجعل هذا السلوك غير محتمل عند الأم المكتئبـة، أو فـي الأسر الكثيرة الأولاد، أو بالنسبة إلى الأم ذات الاستعداد الوسواسي المسبق.

ومن الملاحظ أن النشاط الزائد عند الأطفال يتناقص تدريجياً مع النمو في العمر ويكون أقل بشكلٍ واضح في سن المراهقة، إلا أنه قد يستمر لـدى البعض حتى سن الرشد مصحوباً بضعف القدرة على التركيز.

الأسباب:

الأسباب المحتملة في تفسير النشاط الزائد عند الأطفال كثيرة ومتشابكة ولكن يمكن إيضاحها وتلخيصها فيما يلي:

الأسباب العضوية:

يتصف الأطفال زائدو النشاط بانخراطهم في كل موقف يتواجدون فيه، ولكن يتميز سلوكهم بانتباه ضعيف وقصير المدة (عدة ثوان)، وتشتت في الأفكار، كما أنهم يظهرون انبساطية اجتماعية، ويتميزون أيضاً بسلوك اندفاعي أهوج غير مسئول. ويكثر هذا الاندفاع عند المصابين بداء الصرع، والاضطرابات العصبية، وعند المتأخرين عقلياً، وعند الأطفال الأسوياء العصبيين. وهنا يمكن القول بأن المزاج الموروث من الوالدين يمكن أن يكون له دور هام في تفسير هذا النشاط.

كما يعتقد أن من يعانون من خلل وظيفي في الدماغ تظهر لديهم حالات فرط النشاط.

كما أن فرط النشاط قد ينشأ من الصدمات على الرأس أو نتيجة التسمم مثل الانسجام الدرقي، وداء رقص سايدنهايم (Sydenham's Chorea).

كما أن التسمم بالرصاص يزيد من النشاط نتيجة الخلل الذي يحدث في الدماغ. إلا أن التأثير السمي تحت ألسريري بالرصاص لازال غامضاً

وغير واضح (الحجار، مرجع سابق).

كما أظهرت الدراسات أيضاً أن الأطفال ذوي النشاط الزائد تظهر لديهم موجات في التخطيط الكهربائي للدماغ غير منتظمة (E.E.G)، وقد تكون لديهم اضطرابات في إفراز الغدد، أو ورم في الدماغ.

الأسباب النفسية:

هناك أيضاً أسباب نفسية كامنة وراء النشاط الزائد عند الأطفال نذكر منها ما يلي:

أ - **القلق:** وهو كثير الحدوث وظاهر عند الأطفال زائدى النشاط، حيث إن الهياج وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال.

ب- وجود الطفل في مؤسسات إصلاحية لمدة طويلة والذي ينعكس أحياناً على تكيفه وتوافقه مع الآخرين، والذي يكون غالباً تكيفاً غير سوي.

ج- الرفض المستمر للطفل وإشعاره بالدونية وعدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته مما يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص، ويحاول الانتقام من الآخرين.

د - بالإضافة إلى ذلك فإن معظم الاضطرابات التي تبدو عند الأطفال والتي تكون على شكل نشاط زائد تكون عند من يتميزون بضعف الذكاء، والذي يكون متلازماً مع الضعف في التركيز (تركيز الانتباه)، والذي غالباً ما ينتج عن الإحباط الذي يصادفه هؤلاء الأطفال في

التحصيل الثقافي.

ولكن قد يظهر النشاط الزائد عند الأطفال ذوي الذكاء العالي والأطفال الموهوبين ولكن انتشاره يكون أقل عند الأطفال ذوي الذكاء المنخفض، فالطفل المتميز يظهر طاقة موجهة وهادفة، وليس نشاطاً عابثاً وغير موجه.

الأسباب البيئية: الاجتماعية:

تعتبر الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل من العوامل المشجعة أو المثبطة للنشاط الزائد أو تفاقم الحالة لديه، أو المعززة لتنمية النشاط الهادف عنده. ولهذا يمكن أن نلاحظ عدة أسباب بيئية لفرط النشاط عند الطفل نذكر منها ما يلي:

أ- سوء العلاقة بين الطفل ووالديه أو بينه وبين الآخرين بشكل عام، والذي قد ينجم عن صعوبات في تكيفه مع هؤلاء أو حدة طبعه، مما يترتب عليه ردود فعل مختلفة من الوالدين بشكل خاص والآخرين بشكل عام.

ب- ثمَّ إن العلاقات الأسرية المفكّكة والتي يكثر فيها الخصام، أو قد يؤدي إلى الطلاق يجعل الطفل حائراً، ويفكر كثيراً في مثل هذه المشكلات مما يثبت انتباهه عند تكليفه بالمهمات المختلفة، ويجعله طائشاً لا هدف له من وراء الأفعال التي يقوم بها.

كما أن الرفض المستمر للطفل نتيجة الخلافات بين الوالدين يجعل

الطفل ضحية هذه الخلافات ويؤدي به إلى الهروب من مثل هــذه الأجــواء، وفي الغالب يصبح طفلاً متهوراً في أفعاله وأقواله، لأن التوجيه ألوالدي غير موجود، وكذلك التعزيز للسلوك السوي غائب، مما يجعله يقــوم بنــشاطات وأفعال لا يرضي عنها المجتمع.

الآثار المترتبة على النشاط الزائد عند الطفل:

نلاحظ أن هناك الكثير من الآثار السيئة التي تترتب علــى النــشاط الزائد عند الطفل، فقد نجد عند الطفل تقديراً منحطاً لذاته، وكذلك فشلاً فــي التحصيل الدراسي، وسلوكاً منحرفاً جانحاً، بالإضافة إلى العزلة الاجتماعية، وسوء الانسجام داخل الأسرة بالإضافة إلى كثرة الحوادث والإصابات التــي يتعرض لها.

طرق الوقاية والعلاج:

يكون النشاط الزائد عند الطفل سوياً عندما يكون محصوراً في موقف معين من المواقف وعندما يكون حاصل الذكاء عادياً، ولكن هذا النشاط يكون له تأثير في الشخصية دون أن نصل إلى حد الاضــطراب النفــسي. ولكــن عندما يكون النشاط الزائد معمماً في كل المواقف وشديداً، وحاصــل الــذكاء منخفضاً، وفي العائلة ما يشير إلى وجود الاضطراب في العلاقات الأسرية، حينئذ يمكن أن تنبئ هذه المؤشرات بوجود الاضطراب النفسي عندما يبلــغ الطفل سن المراهقة والرشد.

وعلى أية حال يمكن اتخاذ بعض التــدابير الاحتياطيــة- الوقائيــة

والعلاجية في حالات وجود هذه الاضطرابات السلوكية والتي من شأنها التقليل منها أو علاجها في حالة حدوثها. وأهم هذه التدابير ما يلي:

١- تهيئة بيئة صحية مناسبة للأم الحامل:

فقد أوضحت الدراسات أن الحالة الجسمية والعقلية للأم الحامل لها تأثير مباشر في مستوى نشاط الطفل وقدرته على التركيز.

كم أن إصابة الأم بالأمراض في أثناء الحمل أو تعاطيها العقاقير، أو تعرضها للقلق والتوتر الشديدين ولفترات طويلة يمكن أن يؤدي إلى النشاط الزائد عند الطفل في السنوات الأولى من عمره.

ولهذا لابد من توفير الغذاء المناسب للأم الحامل، وإبعادها عن القلق والتوتر ومنعها من تناول العقاقير دون استشارة طبية. بالإضافة إلى ضرورة إبعاد الطفل عن الإثارات غير المناسبة (كالصوت المرتفع، والشجار المستمر، والخبرات غير الصحية . . . الخ) ، وتجنب النقد المستمر للطفل والعمل على تقبله وتحمل ما يصدر عنه من حركات طبيعية من قبل الأهل.

٢- ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادفة:

على الآباء والمربين ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادفة، من خلال التعزيز الايجابي للسلوك البناء الصحيح، والثناء على أي انجاز يحققه الطفل في سنواته الأولى مما من شأنه أن يقوي السلوك الصحيح الفعال.

بالإضافة إلى ذلك فإن الطفل يتعلم من والديه وأخويه الكبار هذه

النشاطات البناءة الفعالة عن طريق القدوة، إذ أن مستوى نشاط الأهل ومدى فعالية نشاطهم يمثل نموذجاً يحتذيه الطفل في سلوكه من خـلال الملاحظـة لسلوك الأهل.

كما يرى شيفر أنه يمكن للوالدين توضيح كيفية استخدام اللغة كموجه للسلوك الهادف مثلاً (يجب أن انتهي من هذا وبعد ذلـك سأسـتريح)، كمـا تستخدم اللغة أيضاً كأداة للمتابعة الذاتية مثلاً "هذه لم يـتم إنهاؤهـا بـشكل مناسب، لذا عليّ أن أصلحها".

٣- التعزيز اللفظي للسلوك المناسب:

عندما يقوم الطفل بأي سلوك هادف لابد للوالدين من إثابتـه بـشكل فعال ومناسب وبسرعة مثلاً: (رائع لقد قمت بهذا النشاط على خير ما يرام).

وعندما ينجز الطفل الأعمال الموكلة إليه لابد للوالـدين أن يظهـرا الارتياح والسرور لهذا الانجاز. ولهذا يمكن للوالدين تحديد الأهداف اليومية للطفل، وامتداح أي جهد يبذله لتحقيق هذه الأهداف مثلاً: لقـد حاولـت مـا بوسعك أن تكون هادئاً هذا المساء، ويوضحا للطفل مدى التحسن الذي أظهره فيما يتعلق بالهدوء والنشاط الهادف. ولا مانع من أن يعد الوالـدان الطفـل بتقديم المكافآت في حالة تكرار السلوك الهادئ الـذي يظهـر عنـد الطفـل ويعززان السلوك بعد كل عدد معين من هذه التكـرارات، بالإضـافة إلـى خسارة معينة نتيجة ظهور النشاط الزائد غير الهادف. ويمكن لذلك بالتعاون بين البيت والمدرسة استخدام نظام النقاط مع الأطفال ذوي النـشاط الزائـد

وتقديم التعزيز بعد حصول الطفل على عدد معين من هذه النقاط مثلاً:

السلوك	ما يحصل عليه الطفل
– لا يترك مقعده دون استئذان.	– نقطة واحدة لكل عشر دقائق .
– يكمل المهمات.	– نقطتان عن كل واجب قام بأدائــه أو عملٍ أنهاه دون مساعدة أو تركيز

٤- أن تكون التعليمات المقدمة للطفل واضحة :

عند تقديم التعليمات للطفل من قبل الأهل يقوم بعمل ما لابد أن تكون هذه التعليمات واضحة ليعرف الطفل ما هو المطلوب منه بالضبط، بالإضافة إلى وصف السلوك المرغوب بــشكل واضـــح وبهــدوء مــثلاً: " إن عــدم الاستمرار في هذا العمل قد يعوق انجازه في الوقت المحــدد " أو " عنــدما تشعر بالتوتر تنفس بعمق وانظر من النافذة فسوف تهدأ ثانية ".

ولهذا فإن معرفة الطفل ما يريده الوالدان وإمكانية التنبؤ بذلك يــشعر الطفل بالأمن والهدوء. ولذلك يجب على الوالدين الاتفاق مبدئياً على أن تكون استجابتهما للطفل متوافقة ، وعندها يتعلم الطفل أن الاستجابة الموجبة مــن كلا الأبوين سوف تتبع السلوك الهادف غير العشوائي.

كما أنه من الضروري تهيئة الطفل قبل الإقدام على العمل بأســلوب جيد يساعده على التركيز على نشاط محدد. مثلاً قبل الــدخول إلــى محــل تجاري يمكن للأب أن يقول لابنه " عليك أن تبقى معي ، وسوف تلاحظ بأن هناك ازدحاماً وضجيجاً ما، ولكن هذا لا يعينك عليك أن تبقــى هادئــاً، ولا

يسمح هنا بلمس أو حمل أي شيء قبل شرائه . . . الخ ".

بالإضافة إلى ذلك لابد من تقليل المشتتات الموجودة في غرفة الطفل، وأن نحدد أماكن الأشياء في غرفته (وخاصة الصغار منهم)، ووضع أسماء على الأشياء الموجودة في الغرفة.

٥- ضبط السلوك من خلال المراقبة الذاتية:

إن حديث الطفل مع نفسه من الطرق الفعالة في السيطرة على النشاط الزائد ، فبدلاً من أن يتحرك الطفل بشكل غير هادف يمكن أن يخبر نفسه ماذا يجب أن يفعل بصوت مرتفع أولاً، ثم يصمت فيما بعد كأن يقول لنفسه: " أريد أن أنهي هذا العمل، لذا يجب عليَّ أن أنبهه، وسوف ألعب فيما بعد "، ويمكن تذكيره قبل القيام بالعمل بالقول: " قف وفكر " أو "ما الذي كان عليَّ أن أفعله " . . . . الخ.

٦- العلاج الدوائي:

يكون الطفل الزائد النشاط أحياناً ضعيف التركيز في الانتباه ويُعاني من شرود في الذهن مما يجعله قليل النجاح في أي عمل يُكلف به، وتكون الجهود العلاجية بالتعليم قليلة النجاح. ولهذا لابد من العلاج بالأدوية.

فقد أثبتت الدراسات أن أفضل دواء لعلاج النشاط الزائد عند الأطفال هو ميثيفينيدات Methyphenidate يومياً بمقدار ٠,٢٥ – ١,٠٠ ملغ/كغ من الجسم، أو أي دواء مماثل له من الأدوية المنشطة للجملة العصبية مثل:

بيمولين Pemoline أو دكسامفيتامين Dexamphetamine. فقد أثبتت التجارب أن المعالجة التجريبية بمثل هذه المنشطات لمدة ٦-١٢ أسبوعاً أظهرت تحسناً واضحاً على سلوك المعالجين سواء في مستوى الإدراك والسيطرة الحركية أو في درجة تركيز الانتباه في الأعمال المتكررة (الحجار، ١٩٨٧). ولكن هناك محاذير من استخدام المنشطات العصبية وآثار جانبية لها ومن ضمنها: ضعف القابلية للطعام، والأرق، واضطرابات النوم، وعدم الاستقرار النفسي. كما أن المقادير العالية من المنشطات العصبية الضابطة للسلوك والمحسنة للأداء قد تحدث خللاً في تركيز الانتباه.

أو وصف المهدئات النفسية من صنف البنزوديازيين Benzodiazepine فلابد من تجنبه نظراً لعدم فائدتها عند معظم الأطفال ذوي النشاط الزائد.

أما المهدئات القوية مثل: الكلوربرومازين، والهالوبريدول Haloperidol فلها تأثير جيد في ضبط النشاط الزائد عندما تفشل المعالجة بالمنشطات العصبية، وغالباً تكون المقادير الدوائية القليلة هي الأفضل (٠,٠٢-٠,٠٨ ملغ/كغ من وزن الجسم) في دواء هالوبريدول (الحجار، مرجع سابق).

ولكم مهما كانت فعالية المعالجة الدوائية فلابد من استخدام العلاج النفسي الأسري في حالة اضطراب النشاط السلوكي عند الطفل.

ثالثاً: العدوان Aggression

٢- مفهوم العدوان ومظاهره

يُعتبر العدوان عند الأطفال الصغار استجابة طبيعية وعرضاً عادياً، حيث نُلاحظه بكثرة على شكل غضب وصراخ ومشاجرات تُعبر عن حاجة الطفل إلى حماية أمنة أو سعادته أو فرديته، أو تعبير عن محاولة لتذليل العقبات التي تواجهه أو تقف في سبيل تحقيق رغباته.

ولهذا يُعتبر العدوان ضرورياً لحفظ التوازن الشخصي، ويساعد على نمو الذات والاستقلالية. وبناء على ذلك يمكن تعريف العدوان بأنه ذلك السلوك الهجومي الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى بالناس أو بالذات أو بالممتلكات . (الزعبي، مرجع سابق)

ويرى جيمس دريفر J. Driver أن العدوان " يعني الهجوم على الآخرين والذي يرجع في الغالب وليس دائماً إلى المعارضة " (العيسوي، ١٩٩٠). ويرى دولارد وآخرون Dollard et.al. (١٩٩٩) بأن السلوك العدواني هو ذلك السلوك الذي يكون الهدف منه إيذاء شخص آخر. وهذا الهدف كما يرى (فشباك Feshback، (١٩٩٤)) يشكل الجانب الجوهري والأساسي من جوانب تعريف العدوان.

ولكن أحياناً قد لا يكون عدوان الطفل على شخص آخر هو الهدف الأساسي ، ولكنه وسيلة إلى غاية أبعد هي الحصول على اهتمام الآخرين ممن لهم أهمية خاصة عنده.

ولهذا يرى فشباك أن هذا السلوك يوصف بأنه عدوان وسيلي (Instrumental Aggression). في حين يُعرف ميرز Marz (في: Dann، ١٩٨٢) العدوان بأنه حالات السلوك الموجهة لإيقاع الأذى بشخص قد يكون مباشر أو غير مباشر. والأذى الذي يمكن أن يلحق بالشخص قد يكون نفسياً (إهانة، خفض الاعتبار . . .) أو جسمياً. أما (رفاعي ، ١٩٨٨) فيعرف العدوان بأنه " السلوك الهجومي المنظومي على الإكراه والإيذاء ".

ولهذا بناء على ما تقدم نُعرف العدوان على أنه سلوك موجه ضد الآخرين ، يكون القصد منه إيذاء الآخرين بشكلٍ مباشر أو غير مباشر.

فالعدوان المباشر يمكن ملاحظته بسهولة عند تلاميذ المدارس على شكل مشاجرات وضرب بعضهم البعض، وإيذاء في الكلام، وإيذاء الحيوانات، وتهديد بعضهم بعض . . .الخ أما العدوان غير المباشر فيكون كامناً وغالباً ما يحدث من قبل الأطفال الأذكياء، حيث يتصفون بحبهم للمعارضة وإيذاء الآخرين بسخريتهم منهم، أو بتحريض الآخرين للقيام بأعمالٍ غير مرغوبة اجتماعياً . ويرى جوث (Goth، ١٩٩٤) أن السلوك العدواني المباشر والسلوك العدواني غير المباشر يمكن أن يحدث كل منهما على حدة ، كما يمكن أن يحدثا معاً على شكل وحدة.

ويرى شفر أن الطفل الذي يكثر عدوانه ويكون هذا العدوان شديداً لديه يميل إلى أن يكون قهرياً ومتهيجاً، وغير ناضج، وضعيف التعبير عن مشاعره. كما يتصف الطفل العدواني بالتمركز حول الذات، ويجد صعوبة في

تقبل النقد أو الإحباط، كما أن الأطفال الأقل ذكاءً أكثر ميلاً إلى العدوان من غيرهم الأقل ذكاءً.

هذا وقد يكون العدوان مؤقتاً وعابراً ونادراً ما يكون موجهاً نحو هدف معين، إنه يعبر عن حالة توتر نفسي تميل إلى الانتهاء بسلوكه الذي يفرغ من خلال الشحنات الانفعالية التي يُعاني منها، هذا ويظهر العدوان عند الذكور أكثر من الإناث.

والعدوان عند الأطفال يتناقض ويخف مع التقدم في العمر حيث يميل الأطفال في عمر ٣-٧ سنوات إلى ضبط عدوانهم. فالطفل في عمر سنتين مثلاً يُعبر عن عدوانه تجاه الآخرين بالضرب، أما طفل الأربع سنوات فيميل إلى المجادلة مع الآخرين لبعض الوقت، وفي عمر ٨-٩ سنوات يصبح الطفل منضبطاً بشكلٍ أكبر، مع أن المشاجرات لا تنتهي في هذا العمر إلا أنها تكون مؤقتة.

ويرى شيفر وحمود (١٩٩٤) أن السلوك العدواني إذا استمر لفترة طويلة، وكان العدوان شديداً وغير مناسب للموقف الذي أثاره، فلابد حينئذ أن يأخذ الآباء والمربون هذا العدوان على محمل الجد، وأن يستخدموا إجراءات سريعة وفعالة لكبح هذا العدوان.

وتُشير بعض الإحصاءات إلى أن حوالي ١٠% من الأطفال في عمر عشر سنوات لديهم عدوانية زائدة بشكلٍ ملحوظ (Schaefer, 1989).

أسباب العدوان:

تعددت النظريات التي تُفسر العدوان عند الأطفال.

- فهناك النظرية التي تفسر العدوان من خلال إحباطات الحياة اليومية، إذا أن إعاقة إشباع الرغبات البيولوجية والحاجات الغريزية عند الطفل يثير لديه الشعور بالإحباط ويؤدي إلى سلوك عدواني مثل تحطيم الأواني واللعب.

كما أن معظم مشاجرات أطفال ما قبل المدرسة تنشأ بسبب صراعٍ على الممتلكات ولكن هذه المشاجرات تقل مع تقدم الطفل في العمر فالشعورَ بالضيق قد يكون من أسباب الشعور بالإحباط).

فكل من يُعامل الطفل بقسوة لا يلتفت إلى ما يمكن أن يحدثه من إحباط، كما أن كل عملٍ من أعمال القسوة والذي يقصد منه منع الطفل من البكاء أو القضاء على سلوكٍ يضايق الكبار يؤدي إلى إحباط ويظهر على شكل عدوانٍ عند الطفل.

- أما نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية بزعامة " فرويد " فترى أن غريزة الموت عند الإنسان تفسرها نزعة الكراهية، وعندما تجد هذه النزعة الطريق إلى التعبير ، يسيطر العنف على الإنسا.
- أما آدلر أحد تلامذة فرويد والمنشقين عنه فيرى أن العنف والعدوان عبارة عن استجابة تعويضية عن الإحساس بالنقص.
- في حين أن نظرية التقليد أو المحاكاة ترى أن العدوان يُتعلم عن طريق

تقليد الكبار. ويرى سكوت Scott أن العدوان كأي استجابة أخرى سلوك متعلم. حيث يؤكد أن العدوان في حالة ظهوره يجب ألاّ يلجأ إلى كبته، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها، ولكن يجب توجيه العدوان إلى مسالك مقبولة ولهذا تُعتبر بعض مظاهر العدوان من هذه الناحية ضرورة لإحداث التوازن في الشخصية.

كما يمكن أن يزيد احتمال تعلم العدوان عندما يكافأ الأطفال لقيامهم بتصرفات عدوانية وذلك عندما يحصلون على ما يريدون أن يجذبون انتباه الراشدين في محيطهم. وتؤكد الدراسات أن الناس يتعلمون باستمرار عن العدوان من خبراتهم في أسرة معينة وثقافة معينة، وبما أنهم يتعلمون باستمرار فالخبرة تلعب دوراً في الارتقاء بالعدوان أو منعه، فالأميركيون يعلمون أولادهم العدوان بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، وذلك لأنهم يؤيدون العدوان، حيث إن الأطفال يتعلمون فنون القتال في بعض الحالات، وهناك أيضاً الألعاب العدوانية التي تُظهر أن إيذاء الآخرين أمرٌ مقبول ومستحب. بالإضافة إلى ذلك فإن الآباء يشجعون الأبناء على العدوان حيث إن انتصار الطفل في المشاجرة يُقابل بالموافقة أو يُكافأ.

كما أن الآباء الذين يربون أولادهم باستخدام الضرب أو العقاب البدني يشجعون أولادهم على استخدام الوسيلة نفسها إذا واجهتهم مشكلة شخصية وهذا هو نموذج للتعلم بالملاحظة، فالآباء يعتبرون نماذج قوية يقلدها الأبناء. وتؤيد الأبحاث هذه الفكرة، حيث وُجد أن الآباء العدوانيين لهم أبناء عدوانيون.

كما أن الأطفال الذين يميلون إلى القسوة غالباً ما يأتون من أسرٍ تميل إلى القسوة واستخدام النظام الصارم في المعاملة.

ولا ننسى التأثير السلبي لبرامج العنف في التلفزيون على الأطفـــال، حيث يُجمع علماء النفس على أن الأطفال يتعلمون العنف والعدوان من خلال التأثير بالنموذج المعروض في التلفزيون (في برامج الكرتون مثلاً). فالطفل عندما يُشاهد مناظر العنف والعدوان فإنه يميل إلى إظهار الألم ســواء عــن طريق الجهاز العصبي أو من خلال تعبيرات الوجه.

ومعنى هذا أن هناك تنبيهاً معيناً يشير إلى مشاركة الطفل انفعالياً لما يحدث وتأييده لذلك والأطفال الذين يداومون على هذه المشاهد تتبلد المشاعر الانفعالية لديهم ولا تعود تؤثر فيهم كثيراً ويحتاجون إلى مزيدٍ مــن مــشاهد العنف وبالتالي قد يمارسونه في سلوكهم مع الآخرين.

- وتؤكد النظرية البيولوجية على أن العدوان عند الأطفال ينتج من جــراء عوامل جسمية مثل التعب أو الجوع أو الحد من نشاطهم وحــركتهم، أو وجود آلامٍ جسمية لديهم ، أو في حالة توتر الجهاز العصبي عندهم.

كما وُجد أن اضطراب الصبغيات مثل حالات (xxy) عند الأفراد قد تثير العدوان عندهم . بالإضافة إلى ما أكدته الدراسات بأن هناك علاقة بين الصرع والعدوان (عمارة ، ١٩٨٦).

ويرى كينيث موير Kenneth Moyer (١٩٧٨) أن هناك عدة أجهــزة

عصبية في المخ تتحكم في نوعيات معينة من العدوان، وأن هــذه الأجهــزة تعمل عندما تصل إلى عينة معينة . فعند الوصول إلى العتبة المنخفضة مثلاً نجد أن أجهزة المخ تنشط لا إرادياً وتشعر الحيوانات بالقلق وربما العداء إلا أن الانقضاض لا يحدث إلا إذا ظهر هدف مناسب.

كما يمكن أيضاً لأجهزة المخ التي لها دور في العدوان أن تكثف من دور الدوائر العصبية المسيطرة على العدوان في أداء وظيفتهـا ويمكـن أن تمنع الدوائر العصبية من أداء وظيفتها. فمثلاً عندما قام علماء النفس بإثـارة الجزء الجانبي من الهيبوثلاموس لقطة، قام الحيوان بمهاجمة الفـأر ولكـن بطريقة نمطية (دافيدوف، ١٩٨٠).

- بالإضافة إلى ذلك فإن الصراعات النفسية والانفعالات المكبوتـة عنـد الأطفال تدفع بهم إلى العدوان. فقد وجد سيرز (Sears) أن هناك علاقة بين العدوان وشعور الطفل بعدم الأمان، كما وجد أيـضاً أن العـدوان يظهر أكثر عند الأطفال الذين يشعرون بالنبذ.

ودلت الدراسات أيضاً أن العدوان لا ينجم في كـل الحـالات عـن رغبات وميول طبيعية لدى الطفل وإنما يكون في الكثير منهـا عائـداً إلـى أزمات نفسية كالغيرة أو الغضب أو الحرمان من الحنان. ففي حالة فتاة فـي سن الثامنة بلغت بها الغيرة من أخيها الذي تعلّم العزف الموسيقي إلى الحـد الذي جعلها تحطم مفاتيح البيانو.

فالحرمان من عطف الآباء وحبهم يجعل الأطفال أكثر مــن غيــرهم ميلاً إلى العدوان في كل مواقف الحياة بما في ذلك مجالات اللعب.

فعلاقة الآباء بأبنائهم علاقة هامة وحساسة، حيث يشعر الطفل بحــب والديه، ويرى فيهما مصدراً لإشباع حاجاته من حب وحنان ودفء عاطفي، وحماية وأمن، ولكنهما في الوقت نفسه مصدر للسلطة، ولهذا يشعر الطفــل بصراع بين شعوره بالحب لوالديه وكراهيتــه للــسلطة الــصادرة عنهمــا (عيسوي، ١٩٩٠).

- يحدث العدوان عند الطفل عندما يحدث تغير جوهري في حياتــه مثــل مرحلة الفطام، ومرحلة الذهاب إلى المدرسة، ومرحلــة الانتقــال مــن الطفولة إلى المراهقة أو الانتقال من مدرسة إلى أخرى.

- كما يلجأ الطفل إلى العدوان على بعض ما تقع عليه يداه بــسبب حُــب الاستطلاع والرغبة في اكتشاف بعض الأمور الغامضة بالنسبة إليه، فقد يُدمر الطفل دمية ثمينة ليعرف ما بداخلها مثلاً، وقد يضرب القطة الآمنة ليسمع مواءها . . . الخ.

- كثرة الشجار بين الوالدين مما يؤدي بالطفل إلى شعوره بعدم الثقة بمــن حوله مما ينعكس على شخصيته وفي ضعف قدرته على السيطرة علــى المشاكل والصعوبات التي تواجهه .

• **أشكال العدوان:**

للعدوان أشكال ونماذج متعددة لكن بعض هذه الأشكال فيه نوع من التداخل بين بعضها البعض . ويمكن تصنيف العدوان إلى الآتي:

العدوان اللفظي:

يرتبط سلوك العدوان اللفظي عند ظهور نزعة العنف لديه والذي يتمثل عادة بالصراخ أو الصياح، أو الكلام البذيء Verbal abuse وغالباً ما يتضمن سلوك الأطفال هذا الشتائم والمنابذة بالألقاب ووصف الآخرين بالعيوب أو الصفات السيئة. وقد يستخدم كلمات أو جمل التهديد أيضاً (ملحم، ٢٠٠٢).

العدوان التعبيري أو الشاري:

وقد يستخدم بعض الأطفال الأشرات التي تنم عن سلوك عدواني للطفل مثل إخراج اللسان أو إظهار حركة قبضة اليد على اليد الأخرى المنبسطة . وقد يستخدم البصق أيضاً.

العدوان الجسدي:

وقد يعبر بعض الأطفال عن سلوكهم العدواني باستخدام يديه كأدوات فاعلة مستفيداً بذلك من قوته الجسدية تجاه الآخرين. وربما تكون الأظافر أو الأرجل أو الأسنان أدوات يستخدمها بعض الأطفال للتعبير عن هذا السلوك. وبعض الأطفال يستخدمون رؤوسهم في توجيه بعض الضربات تجاه الآخرين.

عدوان الخلاف والمنافسة:

وبعض الأطفال يستخدم السلوك العدواني بصورة عابرة ووقتية نتيجة الخلاف الذي ينشأ عادة أثناء اللعب أو المنافسة والغيـرة والتحـدي أثنـاء الدراسة أو بعض المواقف الاجتماعية. ومثل هذا السلوك العابر ينتهي عـادة بالزعل بين الطرفين وابتعاد الطفلين عن بعضهما البعض فترة وجيـزة ثـمَّ يعودان إلى ممارسة سلوكياتهما الاجتماعية السابقة.

العدوان المباشر:

هذا النوع من السلوك يكون موجهاً بشكل مباشر إلى الشخص مصدر الإحباط مستخدماً في ذلك قوته الجسدية.

العدوان غير المباشر:

قد يفشل الطفل في توجيه عدوانه مباشرة إلى مصدر الإحباط خوفـاً من العقاب أو نتيجة الإحساس بعدم الندية. فيحول سلوكه العدواني إلى طرف آخر (قد يكون شخصاً، أو ممتلكات) يكون قادراً على توجيه العدوان له.

العدوان الفردي:

وقد يستهدف الطفل في عدوانه إيذاء شخص معين بذاته ربما يكـون صديقاً له أو شقيقاً أو أي طرف آخر بعينه.

العدوان الجمعي:

وقد يوجه الطفل سلوكه العدواني ضد شخص أو أكثر كـأن يوجـه

عدوانه على مجموعة من الأطفال ينهمكون في نشاط معين ويحاولون استبعاد هذا الطفل من بينهم. فيقترب منهم ويوجه عدوانه ضدهم. وقد يوجه الطفل عدوانه أيضاً على عدة ممتلكات أو أشخاص. وربما يشترك في ذلك طفل واحد، أو أكثر في توجيه العدوان ضد شخص واحد أو عدة أشخاص، أو ممتلكات.

العدوان نحو الذات:

وقد يوجه الطفل سلوكه العدواني نحو ذاته وغالباً ما يكون الطفل الذي يحدث مثل هذا السلوك مضطرباً سلوكياً. ومثل هذا السلوك يهدف إلى إيذاء الشخص نفسه الذي يحدث السلوك العدواني. كأن يمزق الطفل ملابسه، أو كتبه أو كراساته أو لطم الوجه، أو شد الشعر، أو ضرب الرأس بالحائط أو السرير أو جرح الجسم بالأظافر، أو عض الأصابع، أو حرق أجزاء من الجسم أو كيها بالنار أو السجائر.

العدوان الوسيلي:

قد يحاول بعض الأطفال الانزلاق على سطح مائل حتى يصطدم بطفل آخر، انتقاماً منه. وربما يحاول استخدام وسائل متعددة أخرى لإحداث أنماط السلوك العدواني لديه.

العدوان العدائي:

يستخدم الطفل سلوك العدوان انتقاماً لطفل آخر. كان قد أغضبه في وقت سابق. ومعنى ذلك. فإن مثل هذا الطفل يكون قد عقد النية على أخذ حقه بهذه الطريقة.

العدوان المقصود:

يرى كل من سـيرز (Sears) ومـا كـوبي (Maccoby) وليفـين (Levin) أن كلا من العدوان الو سيلي والعـدوان ألعـدائي همـا شـكلان واضحان من أشكال العدوان المقصود .

العدوان العشوائي:

قد يوجه الطفل السلوك العدواني نحو أهداف معينة نتيجـة لـدوافع وأسباب واضحة. بحيث يخدم في ذلك غرضاً يؤدي إلى نجاحات ماديـة أو معنوية، ولكن قد يوجه الطفل سلوكه العدواني إلى نحو أهداف غير محـددة وغير واضحة. فيصبح السلوك العدواني أهوجاً. وطائشاً ذا دوافع غامـضة غير مفهومة. ويصدر مثل هذا السلوك من الطفل كنتيجـة لعـدم شـعوره بالخجل أو الإحساس بالذنب (Feeling of Guilt) الذي ينطوي على أغراض سيكوباتية في شخصية الطفل.

المضايقة : Teasing:

تمثل المضايقة إحدى صور العدوان وأشكاله المتعددة. والتي تـؤدي في غالب الأحيان إلى الشجار (Quarreling) حيث يبدأ الطفل بمضايقة طفل آخر أو أطفال آخرين عن طريق السخرية والتقليل من شأن الطرف الآخر.

البلطجة والتنمر (Bullying):

قد يوجه الطفل سلوكه العدواني نحو شخص أو شيء آخـر بهـدف

التلذذ بمشاهدة معاناة الضحية من بعض الآلام والمظاهر الجسدية التي يتركها المتعدي على المتعدى عليه. ويستخدم مثل هؤلاء الأطفال بعض الأساليب العدوانية كشد الشعر أو الأذن أو الملابس أو القرص، أو العض أو غير ذلك. (ملحم ، مرجع سابق).

طرق الوقاية والعلاج:

للعدوان أضرار خطيرة تعود على الطفل نفسه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه على حد سواء.

فالعدوان يُسبب للطفل فقراً في العلاقات الاجتماعية والإنسانية السوية بالإضافة إلى ما يجره من اضطرابات جسمية ونفسية. ولهذا لابُدَّ من البحث عن طرق الوقاية من العدوان قبل وقوعه ومعالجته في حالة حدوثه عند الطفل ، فالعدوان عند الطفل جدير بالرعاية النفسية والتربوية الحديثة.

ويمكن ذكر أهم طرق الوقاية والعلاج من العدوان كالتالي:

١- **دراسة حالة الغضب والعدوان بدقة وذلك للوقوف على السبب أو الأسباب التي أدت إليه**. فقد يكون السبب جسمي نتيجة لتعب أو مرض معين أو نتيجة لنشاط وطاقة زائدة تحتاج إلى تصريف. وقد يكون راجعاً لنقص أو عاهة جسمية تسبب عجز الفرد وشعوره بالنقص والدونية والإحباط والكبت لقلة حيلته وضعف قدراته وعجزه عن منافسة الآخرين. كما يجب بحث حالة الطفل النفسية والمدرسية وقدرته على التحصيل وعلاقته بوالديه ومدرسيه وزملائه وإخوانه أو كيفية شغل أوقات فراغه وهواياته

وميوله . . إلخ. أي أنه يجب أن نبحث المشكلة مـن جميـع جوانبهـا الجسمية والنفسية والاجتماعية والعقلية. (حسين، ١٩٩٩)

٢- **على المربين أن يسجلوا الأسباب التي تؤدي إلى ثورة الغضب والعدوان لدى الطفل** وكذلك المؤثرات الاجتماعية البيئية والعمل على تجنبها أو علاجها بمـا يتناسب وشخصية وظروف الطفل وقدراته الخاصة، حيـث إن طبيعـة الطفل هي التي تفرض عليه نوعاً خاصـاً مـن الانفعـال والاسـتجابة للمواقف المختلفة، فما يثير انفعال طفل ما قد لا يثير انفعال الآخر.

٣- **علاج الأسباب** في هدوء دون نبذ أو توبيخ أو عقاب بدني أو نفسي حتى لا يجنح الطفل ويزداد عناد أو غضباً وعدوانية وتدميراً. وقـد يظهـر الطفل طاعته خوفاً من العقاب، إلا أنه يأتي بالسلوك غير المرغوب فيه حينما تتاح له الفرصة ويظل بذلك متطرفاً في انفعالاته.

٤- **ضرورة الاعتدال في تنشئة الطفل:** ولهذا على الآباء والمربين عدم اللجوء إلى العدوان والغضب الشديد عندما يخطئ الطفل، بل لابُدَّ من التحكم في هذا الغضب وكبحه قدر الإمكان. فالطفل يقلد والديه والكبار من حوله ، إذ أن الكثير من الآباء يغضبون ويثورون لأسباب بسيطة فـي الحيـاة اليومية مما يؤدي إلى نقل هذا السلوك إلى الأبناء. فقد بيّنت الدراسـات أن الآباء ذوي الاتجاهات العدوانية لا يتقبلون الأبنـاء، ولا يمنحـونهم العطف والقبول، ويميلون إلى استخدام العقاب البدني في ضبط سـلوك أبنائهم. ولكن يجب ألا يعني ذلك أن نستسلم لمتطلبات الطفل ونسرف في تدليله، وإعطائه قدراً من الحرية أكثر من اللازم. ولهذا يرى (فيرجيلـد

Fairchild (1977))، وليفكـــوفيتس (1984 Lefkowitz)، وســـيرز (1983 Sears) في شيفر، ١٩٨٩) أن استمرار المـــزج بـــين ضـــعف العطف ألوالدي وبين العقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى العدوان والتمرد وعدم تحمّل المسؤولية لدى الطفل.

٥- **لابُدَّ من شعور الطفل بالراحة النفسية والجو الآمن في المنزل والمدرسة:** فالطفـــل الذي يعيش خبرات سارة سعيدة يميل إلـــى أن يعكـــس ســـعادته علـــى الآخرين من خلال سلوكه معهم. كما أن توفير علاقات قوامها المحبـــة والمساواة والتسامح والتعاون في جو أسري آمن من شأنه أن يبعد الطفل عن العدوان ويُقلل منه في حالة وجوده. فالشعور بعدم الأمان والخوف والإحباط يمكن أن يؤدي إلى العدوان الذي يتجه إلى مصدر الصراع أو قد ينحرف إلى شخص آخر لا علاقة به بذلك.

٦- **تعويد الطفل تحمّل الإحباط:** ولهذا لابُدَّ من أبعاد الطفل عن الخبـــرات التي توقعه في الفشل والإحباط، وتكليفه بأعمال فوق طاقته، بالإضـــافة إلى توفير فرص النجاح له ما أمكن إذ أن النجاح في القيـــام بالأعمـــال والمهمات الموكلة إليه تعزز من ثقته بنفسه وتبعد عنه مشاعر الـــنقص والإحباط والتي تؤدي إلى العدوان . ولكن في حالة ظهور العدوان عند الطفل فيجب عدم كبته ، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيهـــا، ولكن يجب توجيه إلى مسالك مقبولة.

٧- **على الأسرة توفير المناشط الحركية الملائمة للطفل:** فالطفل لديه طاقـــة زائـــدة ويحتاج إلى الحركة والتدريب الجسمي من خلال الألعـــاب والتمـــارين

والتي تعود عليه بالنفع وتمتص طاقته الزائدة، وتساعده على تنمية قدرته على الخلق والإبداع . فاللعب عند الطفل يفرغ الانفعـــالات الموجــودة لديه، بالإضافة إلى أن الرياضة التنافسية (كرة القدم)

٨ - **تساعد على تصريف النزعات العدوانية التنافسية بشكلٍ مقبول اجتماعي.**

٩- **التقليل ما أمكن من التعرض لنماذج عدوانية:** تُشير الدراسات أن الأطفـــال الذين يشاهدون تصرفات عدوانية يميلون إلى أن يتصرفوا بعدوانيـــة أكثـــر. فالتلفزيون وما يقدمه من مشاهد عنيفة يؤدي إلى تقليد الطفل لهذه المـــشاهد والنماذج. (شيفر ، مرجع سابق)

والجدير ذكره أن الأطفال في أمريكا يقضون ســـاعات أمـــام شاشـــة التلفزيون أكثر مما يقضون في أي نشاط آخر. فأفلام الكرتون التي تُعـــرض في يوم السبت مثلاً تحتوي على ٢١,٥ عملاً عدوانياً في كل ساعة. ولهـــذا فإن مشاهدة القتل والنزاع من خلال التلفزيون يؤدي إلى إيقـــاظ الأحاســـيس الفسيولوجية عند الطفل مما من شأنه أن يؤدي إلى العدوان فيما بعد، خاصة إذا كان ما يُعرض من نماذج عدوانية يتوافق مع قيم وأسلوب حيـــاة الطفـــل الذي كونه في الأسرة والمجتمع المحيط.

١٠- **تعزيز السلوك المرغوب فيه:** لابُدَّ من إظهار الرضا وامتداح الطفل في كل مرة يقوم بها في اللعب مع الأطفال الآخـــرين دون أن يظهـــر عنـــده العدوان أو المشاجرة معهم. ولا مانع من أن نمزج المديح مع المكافـــأة المادية إذا تكرر سلوكه غير العدواني مع الآخرين.

١١-**التجاهل المتعمد للسلوك العدواني:** يجب أن يُصاحب تعزيز السلوك المرغوب عند الطفل بتجاهل تصرفاته العدوانية شريطة ألا يترتب عليها تهديد جدي لسلامة الأخرين. كما يجب عدم مجادلة الطفل أو توبيخه أو معاقبته بسبب سلوكه العدواني، بل لابُدَّ من تجاهل هذا السلوك. وتُشير نتائج الدراسات أن الراشدين يمكن أن يخفضوا استجابات العدوان اللفظية والجسمية عند الأطفال بشكلٍ واضح عن طريق التجاهل المنظم للتصرفات العدوانية وإبداء الاهتمام بالسلوك التعاوني عندهم والعمل على امتداحه (شيفر ، مرجع سابق).

رابعاً: الكـذب Lying

- **مفهوم الكذب ومظاهره:**

يعني الكذب ذكر شيء غير حقيقي في القول والعمل والسلوك وبنيـة غش أو خداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة أو التملص من أشياء غير سارة. فالكذب عادة واتجاه غير سوي يكتسبه الطفل من البيئـة التـي يعيش فيها. والكذب نزعة خطيرة وسلوك اجتماعي غير صحيح ينتج عنـه الكثير من المشكلات الاجتماعية. بالإضافة إلى أنه يعوّد الطفل علـى هـذا السلوك فينشأ كذّاباً. ولكن الكذب الذي يشغل بال الآباء والأمهات والمربين قد يكون بحكم مرحلة النمو التي يمرون بها. فالطفل يكذب رغبة منه في جذب انتباه الآخرين.

كما يجد الأطفال في سن ما قبل المدرسة الابتدائية صعوبة في التمييز بين الخيال والواقع، مما يجعلهم عُرضة للوقوع في الكذب. وينتشر الكـذب عادة بين الأطفال دون الخامسة، والكذب عند هؤلاء الأطفال قد يكون حالـة عارضة ومألوفة. وبالرغم من ذلك فإن له دوافع وقوى نفسية تؤثر في سلوك الطفل. أما الكذب عند أطفال المدرسة الابتدائية فهو يكون من نوع الكـذب اللاإجتماعي " Antisocial ". حيث يتم الكذب عن قصد لينفي الطفـل عـن نفسه تهمة، أو ليدفع عن نفسه عقوبة أو ضـرراً مـا، أو للحـصول علـى مكاسب، أو ليحط من قدر الآخرين، أو للانتقام نتيجـة الـشعور بـالغيرة. فالأطفال يختلفون في مستوى نموهم الأخلاقي وفي فهمهم للصدق، حيث إن صدق الأطفال هو صدق لفظي.

ويميز بياجيه " Piaget " بين ثلاث مراحل لمعتقدات الأطفال حول الكذب. وهذه المراحل هي:

المرحلة الأولى : يعتقد الطفل بأن الكذب خطأ لأنه موضوع تتم معاقبته من قبل الكبار، ولو تم إلغاء العقاب لأصبح الكذب مقبولاً.

المرحلة الثانية: يصبح الكذب شيئاً خاطئاً بحد ذاته ويظل كذلك حتى لو تم إلغاء العقوبة .

المرحلة الثالثة: الكذب خطأ لأنه يتعارض مع التعاطف والاحترام المتبادل. (شيفر ، مرجع سابق)

ولمعرفة مستوى المرحلة التي وصل إليها الطفل يمكن طرح الأسئلة التالية:

- لماذا يُعتبر ذكر الأكاذيب خطأ ؟
- هل يكون مناسباً أن تكذب إذا لم يعلم أحد ولمَ يقم أحد بمعاقبتك على ذلك؟

والجدير بالذكر فإن معظم الأطفال يكونون في المرحلة الثانية (في عمر ست سنوات)، وفي المرحلة الثالثة يكون حوالي ثلث الأطفال من عمر ١٢ سنة.

والكذب قد يأخذ أشكالاً مختلفة منها:

كذب التقليد، والكذب الخيالي، والكذب الذي يكون خلطاً بين الواقــع والخيال، والكذب الإدعائي أو المرضي، والكــذب ألغرضـــي أو الأنـــاني، والكذب الانتقامي، والكذب الدفاعي، والكذب ألعنادي وغير ذلك من أنواع.

ولهذه الأنواع من الكذب أسباب ودوافع تكمن وراءها

- **أسباب الكذب:**

من ضمن أسباب الكذب ما يلي:

١- **تقليد سلوك الراشدين:** فالطفل يتعلم الكذب من قدوة سيئة سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع (كذب العدوى) (مرســـي وكوجـــاك، ١٩٨٣). فمن المعروف أن الطفل يتعلم الصدق أيضاً من الكبار المحيطين بــه، فإذا كانوا يلتزمون في أقوالهم وأفعالهم حدود الصدق المرعية يمكن أن يقلدهم في ذلك، أما إذا نشأ في بيئة تقوم على الخداع وعدم المصارحة وإظهار الشك في صدق الآخرين، فإن ذلك يؤدي به إلى إتبـــاع هـــذه الأساليب وسوف يتبع الكذب في تعامله مع الآخرين.

٢- **يكذب الطفل للهروب من النتائج غير السارة،** أو لفشله فـــي تحقيـــق النجـــاح، وخوفاً من العقاب أو توقع وقوعه. فالعقاب إذا كان مطـــرداً قاســـياً لا يتناسب وما يتطلبه الموقف أدى إلى اتخاذ الكذب وسيلة للوقاية (الكذب الدفاعي)، ولكن الكذب كثيراً ما لا يحقق الغرض من حدوثه.

فالأطفال كثيراً ما يندفعون في استخدام الكذب كسلاح غريزي لوقاية أنفسهم من العقاب ، أو إذا ثبت للطفل أن الأمانة والصراحة لا تساعدانه في التخفيف من العقاب.

٣- **كما يكذب الأطفال نتيجة الشعور بالنقص**، فهم يلجأون إلى ذلك الأسلوب تعويضاً عن عجزهم وقصورهم عن التوافق مع زملائهم ورغبة في تأكيد ذواتهم. فالطفل يلجأ في سبيل المفاخرة بقيمته الذاتية إلى المبالغة في بعض المواقف التي قام بدور فيها. كما ينسج الطفل قصصاً خيالية تكون محتوياتها ملفقة من قبله حتى لا يتجاهل الناس أمره تجاهلاً. فالطفل يكذب ليلفت انتباه الوالدين، وكتغيير لا شعوري لإشباع حاجته إلى الأمن والحصول على حنان الوالدين.

٤- **الصرامة في المعاملة**: فقد يؤدي قلق الوالدين على أطفالهم، والتشدد في تنشئتهم على الصدق، حيث يدققون في كل عبارة تصدر عنهم، والتضييق عليهم في كل صغيرة أو كبيرة تصدر عنهم، تؤدي بالطفل للجوء إلى الكذب كمحاولة للظهور بالمظهر الذي يرغبه الوالدان. كما أن الإفراط في تدليل الطفل في صغره ، ثمَّ تغير أسلوب المعاملة بعد ذلك مما يشعر الطفل أن الأمر السابق "التدليل " قد تغير ــ وهذا ما يرفضه الطفل ــ يدفعه إلى التمارض والكذب المرضي بغية العودة إلى ما كان عليه (الكذب الإدعائي).

٥- **للمجتمع تأثير كبير في الطفل**، حيث يدرب أحياناً على المواربة والنفاق الاجتماعي وانتحال الأعذار الواهية والنجاح بوساطتها، وإسقاط الذنب

على الأخرين، والهروب من المسؤولية والواجب. فإذا نشأ الطفل في بيئة تحترم الحق وتلتزم الصدق بقدر دعوتها إليه، كان من الطبيعي أن يلتزم الطفل الصدق، أما إذا سمع الطفل أحد أبويه مراراً يتشكك في صدق الأخرين، أو شاهد أمه تتملص من المسؤولية الملقاة عليها بادعاء المرض، أو إذا اشترك أحد الأبوين في خداع الأخر، أو إذا تم وعد الطفل عدة مرات دون الوفاء بذلك، فالطفل في مثل هذه الظروف يتعلم أسلوب الخداع والغش والكذب المتكرر. (الزعبي ، مرجع سابق)

٦- **كما يكذب الطفل أحياناً** كرغبة في تحقيق غرض شخصي، كأن يذهب الطفل إلى أبيه ويطلب منه النقود مدعياً أن والدته أرسلته لإحضار ذلك لقضاء بعض الحوائج، في حين أن الواقع أن الطفل يريد هذه النقود لشراء بعض حوائجه هو.

٧- **كما يكذب الطفل أيضاً ليتهم غيره** باتهامات يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم . ويحدث هذا النوع من الكذب الانتقامي نتيجة الغيرة التي يشعر بها الطفل، أو نتيجة عدم المساواة في المعاملة بين الأبناء.

٨- **كما أن صغر عمر الطفل** وعدم مقدرته على التمييز بين الواقع والخيال قبل سن الخامسة يؤدي به إلى ذكر بعض الأماني والرغبات والإفصاح عنها بطريقة ممكنة التحقيق. وهذا النوع من الكذب مرتبط بالناحية الخرافية والأسطورية، والتي تكون قد تكونت نتيجة ذكر بعض القصص الخرافية من الجد أو الأب قبل ذهابه إلى النوم مثلاً. فخيال الطفل قوي لدرجة تجعله أقوى من الواقع نفسه. فالطفل هناك لا يفرق بين الواقع والخيال

وتلتبس عليه الأمور، وينتج عنده تداخل في الفهم، ويصعب التفريق بينها (الكذب الخيالي، أو ألالتباسي).

٩- **ويرى** Breckenridge: أن الأطفال يكذبون على سبيل اللعب، وذلك رغبة منهم في رؤية تأثير كذبهم في المستمعين، ويشعرون بالسرور لذلك. (في: العيسوي، ١٩٩٠)

١٠- **بالإضافة إلى ذلك فقد يكذب الطفل** بدافع الولاء لطفلٍ آخر، وذلك رغبة منه في تخليصه من مشكلة أو ورطة معينة. فالطفل هنا يقع في صراعٍ عندما يتعارض شعوره لأصدقائه مع مبدأ الصدق.

- **الوقاية والعلاج:**

١-يحتاج الكذب إلى علاج نفسي في عمرٍ مبكر من سن الطفل، خاصة إذا تطور مع نمو الطفل في العمر وأصبح ظاهرة ملازمة لحياته. ويقوم الطفل بالمبالغة والتهويل واختلاق الأقاويل وتلفيق التهم هنا وهناك، الأمر الذي يخلق شعوراً بعدم تصديقه من قبل أبويه ثمَّ أقرانه ومعلميه، مما يولد عنده عدم حبه واحترامه من قبلهم ، وهذا بدوره يفقده مكانته الاجتماعية .

٢-لابُدَّ من البحث عن كل الأسباب الكامنة وراء الكذب والعمل على تحاشيها مع إعداد نظامٍ تربوي " سلوكي " للطفل تطبقه الأسرة والمدرسة وكل من له علاقة بالطفل . ولهذا فلابُدَّ من إعطاء الطفل المزيد من الثناء والتقدير لذاته ولما يقوم به ولابد من التعامل مع الطفل بصورة أقل قسوة، ولابد

أن تكون توقعات الراشدين من الطفل معقولة، كما يجب أن نحصل على المعلومات عن الطفل من مصادر أخرى، والعمل على تقديم إرشاد متخصص للطفل وأسرته.

٣- لابُدَّ من تعليم القيم الأخلاقية للطفل: ولابد من التأكد على أن الصدق هو أمر أخلاقي ومفيد للشخص وللآخرين. فالاحترام المتبادل والثقة تبنى على أساس الاتصال الصادق بين الأفراد وأن كلمة الشخص لها أهمية كبيرة. ولابد من التأكيد أيضاً أن الصدق أمرٌ متوقع من جميع أفراد العائلة طالما أنه جزء من معاييرها الأخلاقية، مما يدفعهم إلى قول الصدق دون خوفٍ أو عقاب، بالإضافة إلى ذلك فلابُدَّ من عدم التغاضي عن كذب مرحلة الطفولة أو الاستهانة به.

٤- أن يتصف الآباء والكبار المحيطون بالطفل بالصدق ، وإظهار احترامهم وإعجابهم بالصادقين في أقوالهم وأفعالهم. بالإضافة إلى ضرورة حرص الآباء على عدم إعطاء وعود لأبنائهم إذا كانوا غير قادرين على تنفيذها (ألغزي، ١٩٨٦). فالتزام الآباء والمربين بحدود الصدق مع أبنائهم قولاً وفعلاً شيء ضروري ليقلدوا سلوكهم وينهجوا نهجهم في توخي الصدق قولاً وفعلاً.

٥- استخدام الثواب والعقاب: لابُدَّ أن يتعلم من خلال الخبرة أن الكذب لن يؤدي إلى النجاح، وأن الصدق سوف يؤدي إلى تخفيض العقوبة التي يتلقاها نتيجة سوء تصرفه، وأن الكذب الذي يؤدي إلى التستر على سلوكٍ

لا اجتماعي لن يؤدي إلا إلى مزيد من العقوبة. ويكون العقاب على شكل خسارة للطفل لبعض الامتيازات، أو يتلقى عقاباً مزدوجاً. ولابـد مـن استخدام العقاب الذي يتناسب مع حجم الخطأ دون تهور أو انفعال زائد، وعدم المبالغة في التدقيق على كل كلمة يقولها الطفل. ولابد من إظهـار قيمة الصدق للطفل من خلال التكرار عدة مرات فإذا قال الصدق فسوف تبذل كل ما يمكن لمساعدة الطفل. ولابد من أن يعرف الطفل بأن الصدق يكون دائماً في صالحه، في حين أن الكذب لا يكـون كـذلك. فالنتـائج المترتبة على الكذب أكثر سوءاً من الخطأ نفسه

٦- لابُدَّ من تنمية الوعي الذاتي عند الطفل، وإعطائه فرصة أخرى لتحاشي الكذب مع التشجيع على الأمانة وقول الصدق بدلاً من استمرار الزجـر والعقاب. فالطفل عندما يكذب بإنكاره أنه قام بفعل شيء ما، لابُـدَّ مـن مساعدته على التعرف على دوره في الموقف المشكل، وذلـك بجعلـه يتحدث عن كل مرحلة من مراحل الموقف فمثلاً يمكن القول له: "أريد أن أعرف كل ما حصل منذ البداية وحتى النهاية ".

ولابد من مساعدته على التركيز حول ما ذكر ليظهر له أنك تشك في أن بعض الأجزاء التي ذكرت غير دقيقة وغير صادقة. وعندما يعـود الطفـل ويتفحص الموقف، فإنه يرى نفسه على خطأ، وأين أخطأ ؟ وأين بالغ فـي وصف الواقع. ولابد من إظهار الموافقة مع الطفل كلما كان على حق وكان واضحاً في كلامه (شيفر، وآخرون، مرجع سابق).

٧- إعطاء الطفل البدائل والخيارات والاختيار بين الصدق والكذب كنموذجين في السلوك لبناء معيار الخير والشر في ضميره ووجدانه بثبات وبقناعة ذاتية لا بمخاوف خارجية سلطوية مؤقتة التأثير. وإعطاؤه الفرصة للتنفيس عن أحلام اليقظة لديه لتظهر على شكل تعبير صادق عن أحاسيسه بالرسوم والنشاطات والألعاب وممارسة الهوايات بدلاً من خروجها من صندوق الكبت اللاشعوري على شكل أكاذيب مفاجئة للأبوين والرفاق والمعلمين في المدرسة (ياسين، مرجع سابق)

٨- العمل على إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع، وتوجيه الطفل إلى قول الصدق وتوجيه سلوكه نحو الأعمال التي تتناسب وقدراته الطبيعية مما يشعره بالنجاح ويشبع حاجته إلى الرضا والسعادة. أما تكليفه بالأعمال التي تفوق قدراته واستعداداته فإنه يشعره بالفشل ويوقعه بالإحباط ويشعره بالنقص والضعف.

٩- التقليل ما أمكن من العقاب (وخاصة البدني) واللوم والتوبيخ لما لذلك من أثر عكسي. فشدة العقاب تعمل على تبلد الإحساس وتجعل الطفل يتعوّد عليه، ويحدث تثبيتاً على السلوك غير السوي، أي عكس ما يرغب الراشدون.

ولابد من أن نشعر أبناءنا بثقتنا بهم، حتى يشعروا بالثقة بأنفسهم وبمجتمعهم، مما يجعلهم يقولون الصدق دون الخوف من العقاب. كما أن الحكمة والصبر في التعامل مع الأطفال الذين يلجأون إلى الكذب يقلل من

سلوك الكذب لديهم.

كما يجب على الكبار إبعاد الخوف، والقلق عن الطفــل، فالــشخص الآمن لا يكذب، أما الشخص الخائف فيكذب كوسيلة للهرب من العقاب الذي قد يناله إذا قال الصدق.

خامساً: الخوف Fearful

- **مفهوم الخوف ومظاهره:**

الخوف عاطفة قوية غير محببة سببها إدراك خطر ما، والمخاوف إما مكتسبة أو متعلمة ولكن هناك مخاوف غريزية مثل الخوف من الأصوات العالية أو فقدان التوازن أو الحركة المفاجئة إن الخوف الشديد يكون على شكل ذعر شديد Panic State بينما الكراهية والاشمئزاز Eversion التي يظهر على الوجه تسمى خوفاً Dread، أما المخاوف غير المعقولة Irrational تسمى بالمخاوف المرضية Phobia. كما أن المخاوف العادية عند الأطفال تتضمن الظلام والعزلة Abandonment، والتشويه، أو الخصي Mutilation، الأصوات العالية، المرضى، الوحوش، الحيوانات، الأماكن المرتفعة، المواصلات ووسائل النقل، الغرباء والمواقف غير المألوفة وهناك **ثلاثة عوامل معروفة في مخاوف الأطفال:**

١- الجروح الجسدية، العمليات الجراحية، الحرب، الخطف.

٢- وهناك مخاوف أخرى مثل الحوادث الطبيعية مثل العواصف، والاضطراب، الظلام والموت (وهذه المخاوف تقل تدريجياً مع تقدم العمر).

٣- مخاوف نفسية، مثل الضيق، الامتحانات، الحوادث الاجتماعية، المدرسة، والنقد.

وبعض الأطفال يبدون خائفين (Timid) ووجلين بينما يعاني آخرون من خوف أو خوفين وقد أظهرت الدراسات بأن الأولاد والبنات مخاوفهم متساوية. وعلى الأقل نصف الأطفال عندهم مخاوف عامة مثل الخوف من الكلاب والظلام والرعد والأشباح، بينما ١٠% من الأطفال عندهم خطيرة، وإن المخاوف مألوفة عند الأطفال في سن (٢-٦) سنوات، وبين سن (٢-٤) يخافون من الحيوانات والعواصف والظلام والغرباء، هذه المخاوف تكون مسيطرة على الأطفال خيالية مثل الخوف من الأشباح والوحوش وهذه المخاوف تكون مسيطرة على الأطفال في مثل تلك السن وتصل أوجهها في سن السادسة وتختفي في سن العاشرة (٩٠%) من الأطفال يعني من هم في سن السادسة عندهم مخاوف معينة. إن المخاوف غير الطبيعية هي الأشباح أو مارد في صورة إنسان Frankenstein، ٢٠% من الأطفال يخافون الامتحانات، ويكون تحصيلهم ضعيفاً بسبب تلك المخاوف، ومن وجهة نظر ايجابية فإن الخوف له علاقة بالبقاء وهو يوعينا بالمخاطر ويعدنا لحماية أنفسنا.

إن الأدرينالين الموجود في الجسم يتدفق ويجهز الجسم إما للقتال أو للهرب. فعندما نريد من الأطفال مثلاً أن يخافوا من السيارات لكي يكونوا حريصين، والأحلام تعكس المخاوف، فإذا ناقش الآباء أحلام أطفالهم فإنهم سيفهمون ما هو الشيء الذي يُخيفهم. وكلما نضج الأطفال فإن مشاعرهم بشكل عام تصبح أكثر تحديداً وأكثر قوة.

وتنشأ عند معظم الأطفال مخاوف من بيئتهم وهي مخاوف آمنة ولكن المخاوف غير المعقولة Irrational يجب عدم تشجيعها، إن المخاوف الشديدة لا تذهب ببساطة وأن العقاب أو التجاهل لا ينفعان في هذا المجال أن المخاوف المحدّدة ربما تقود إلى مشاعر عامة من القلق وعدم الأمن والهواجس Fore boding. أو من قلق عائم، كما إن المخاوف القوية وذات الأمد الطويل يجب أن تؤخذ على أنها خطيرة، وإن المؤشرات على الحاجة إلى المساعدة المتخصصة هي مخاوف الأطفال من جميع المواضيع.

وبشكل عام فإن الأطفال والمراهقين والذين يشاهدون مشاهد تلفزيونية كأفلام العنف هم نسبياً يعانون من مخاوف أكثر من الأطفال الذين لا يروا تلك الأفلام. (العزة ، ٢٠٠٢) .

- **أسباب الخوف:**

١- الخبرات المؤلمة: Traumatic Experience:

يحدث القلق عندما يكون هناك ضيق نفسي أو جرح جسدي ناتج عن خوف قادم يشعر الأطفال بالعجز وبعدم القدرة على التكيف مع الحوادث، والنتيجة هي بقاء الخوف الذي يكون شديداً ويدوم لفترة طويلة من الوقت. هناك مواقف تستثير Trigger of هذا النوع من المخاوف بعضها واضحة ومعروفة، بينما مواقف أخرى غامضة، إذا عُضّضت أو هددّت من قبل حيوان. فإن ذلك سيسبب لك خوفاً من جميع الحيوانات أو خوفاً متزايداً من أي موقف مماثل. إن المخاوف الناتجة عن موضوع الخوف الأصلي تسمى

مخاوف عامة Generalization. إن المخاوف تكون شـائعة فـي الأطفـال بجميع أصنافها، وفي الأطفال الصغار إذا عض كلب طفلاً أو جرحه فإن ذلك سيؤدي بالطفل للخوف من جميع الكلاب ومن جميع الحيوانات أو من جميع الأجسام التي لها صوف أو فرو أو كل شيء أزغب أي له زغـب Fuzzy. ومخاوف أخرى مثل الخوف من العمليات والنار والماء والرعـد والوقـوع والتحطم والخوف من التجمهر أو دخول المستشفى Hospitalization.

والحمام حيث يكون الخوف منه مثل الخوف من الوقوع في الماء أو دخول صابون في عيونهم وهناك مخاوف من توقع أخبار سـيئة وحـوادث مدمرة والخوف من القتلة واللصوص والجروح الجسدية حتى ولو ظهرت في الأخبار وبالرغم من أنك تعيش في مكان آمن ومن الممكن أن توجـد تلـك الأشياء عند الأطفال مشاعر سيئة عن العالم بأسره، إن المخاوف أيضاً توجد عند الأطفال الذين يشاهدون المسلسلات التلفزيونية والتي تحتوي على العنف والعدوان. إن أطفال السابعة والحادية عشرة يفزعون ويخافون أكثـر مـن أطفال لا يُشاهدون أفلام العنف (شحيمي، ١٩٩٤م).

٢- إسقاط الغضب: Projected Anger:

يغضب الأطفال من سوء معاملة الأهل أو مـن الـشعور بالغـضب ويصبح عندهم رغبة في إيذاء الكبار. إن هذه الرغبة غير مقبولة ومحرمـة، Taboo لذلك يسقطها على الكبار (أنا أكرهك وأريد أن أسبب لـك الأذى)، (غير مقبول) ـــ إنك تكرهني وإنك سوف تكرهني أو تقتلني . إن هذا النمط

شائع وقوي بين الأعمار في ٢-٦ سنوات. والتشجيع على الاشتراك في أي نوع من أنواع السلوكيات غير المقبولة ربما يؤدي إلى الشعور بالذنب والخوف من العقوبة. إن الأطفال يعانون من سلوكيات عدوانية وجنسية ومن أفكار غريبة ويعكسون أو يسقطون هذه المشاعر على أناس شرسين أو أنهم يتخيلون خيالات تُخيفهم مباشرة وتقودهم إلى إسقاطها على الآخرين. إن الخوف من العقوبة يسقط على الآخرين المخيفين بالنسبة لهم. أو يتخيل هؤلاء الأطفال بأنهم يعاقبون من قبل الوحوش أو المجرمون أو من كائنات غير طبيعية. إن إسقاط الغضب أمر طبيعي ولكن الإزعاج أو المضايقة أو الإسقاط المبالغ فيه أو طويل الأمد ليس طبيعياً، بعض الأطفال والمراهقين لم يتعلموا تقبل غضبهم أو التعامل معه. (ملحم ، ٢٠٠٢)

٣- السيطرة على الآخرين: Control Others:

إن المخاوف يمكن أن تُستعمل كوسائل للتأثير أو السيطرة على الآخرين، وأحياناً أن تكون خائفاً ربما تكون الوسيلة الوحيدة والأقوى لجلب الانتباه، إن هذا النمط يُعزز مباشرة الطفل لتكون له مخاوف. إن هذا الخوف يجعل الآخرين يتقبلون الطفل وهو يحصل على الإشباع عن طريق الخوف. إن الخوف يصبح مثمراً ونافعاً Rewarding بالرغم من أنه مؤلم في نفس الوقت، أن الخوف سوف يكون قوياً عندما يكون هو الطريقة الوحيدة والرئيسة للأطفال للسيطرة أو للتأثير على والديهم.

إن جهاد الوالدين لتهدئة الطفل يصبح نمطاً خاصاً. إن إحدى الأمثلة

هو الخوف من المدرسة والأطفال يُظهرون مخاوفهم ليحصلوا على ما يرون بعدم الذهاب إلى المدرسة والبقاء في البيت، إن هذا السلوك يُعزز إذا كان الوالدان يكافئان الطفل على الجلوس في البيت، الأمر الذي سيجعل الطفل يشعر بأن الجلوس في البيت تجربة مثمرة وممتعة بالنسبة له والنتيجة هي أن الطفل يجعل ألف وسيلة على الآخرين، إن هذا الخوف يمكن أن يتحول إلى عادة.

٤ – البنية الكونية: Constitutionally Highly Reactive:

يصف الآباء عادة بعض الأطفال بأنهم حساسون للغاية أو أنهم خائفون أو متباهون High Strun إنهم يصفون هذا النمط منذ ولادة أطفالهم أو خلال السنة الأولى والثانية، إن هؤلاء الأطفال حساسون وبقوة للصوت أو للحركة المفاجئة أو للتغيرات في الطبيعة، إن السبب واضح وهو أن الجهاز العصبي المركزي عند هؤلاء الأطفال يبدو بأنه حسّاس بتكوينه أكثر مما هو عليه عند الآخرين، إنك لن تأخذ وقتاً طويلاً لتؤثر عليهم وإنهم يستغرقون وقتاً طويلاً لاستعادة توازنهم Equilibitrium إن السبب يرجع للوراثة، وظروف الحمل والولادة Birth & Delivery وبعبارة مألوفة إن هؤلاء الأطفال جُبلوا أو خلقوا بتلك الطريقة. إن الطفل الذي يصرخ بصوت مرتفع مفاجئ شيء مقبول، إن هذا الطفل يكون عنده ميل لوجود مشاعر الخوف. إن الطفل الحسّاس يبدو أنه يستجيب لأية مواقف معاكسة. وللمفاجآت العادية والناس غير المألوفين والمواقف غير المألوفة.

كما إن الطفل الحساس جداً يمكن أن يكون خائفاً ويعمم ذلـك علـى جميع المواقف. وفي سن ٤–٥ سنوات ينمو الخيال عند الأطفال. إن هـؤلاء الأطفال يتوقون إلى تخيل جميع الحوادث المخيفة عنـدما تـزداد موجـات وجولات الخوف بشكلٍ دراماتيكي، إن هذه المخاوف تسمى مخاوف مرضية Phobias. وهي تؤثر على حياة الأطفال وهي تتدخل في أعمـالهم اليوميـة وإحدى هذه المخاوف هي أن تنام وتبقى نائماً. إن هؤلاء الأطفال الحساسون يتخيلون بأنهم لن يستيقظوا أو أنهم عاجزون تماماً لأنهم حلموا بـأن شـيئاً خيالياً مخيفاً سوف يحدث لهم.

٥- الضعف الجسمي أو النفسي:

Psychologically or Physically Weakness

عندما يكون الأطفال متعبين Fatigue أو مرضى فإنهم سيميلون غالباً للجوء للخوف، خاصة إذا كانوا في حالة جسمية مرهقة وخاصـة إذا كانـت فترة المرض هذه طويلة. وقد يعود ذلك لسوء التغذية ونقص سكر الـدم. إن هذه الحالة من المرض Debilitation تقود إلى مـشاعر مؤلمـة وتكـون الميكانزمات النفسية الوقائية عند الطفل لا تعمل بشكلٍ لائق ومناسب وخاصة إذا كان يعاني من مشاعر سالبة نحو الذات إن هذه الطفلة معرضة للخـوف. إنها ستشعر بالحزن والعجز وبعدم القدرة على التكيف مع الأفكار المضحكة. إن الآباء المتساهلين يشاركون في إيجاد مثل هذا النمط في الأولاد لأنهم لـم يُقوّوا عند أطفالهم مشاعر المهارة في إشـباع الحاجـات.إن الأطفـال ذوي

المفاهيم السالبة عن الذات والذين يعانون من ضعف جسدي يشعرون بـأنهم غير قادرين على التكيف مع الخطر الحقيقي أو المتخيل (فضة، ٢٠٠٤).

٦- **النقد أو التوبيخ:** Criticism and Scolding:

إن النقد المتزايد ربما يقود الأطفال إلى الشعور بالخوف، يشعر الأطفال بأنهم لا يمكن أن يعملوا شيئاً بشكل صحيح ويبدون بأنهم يتوقعون النقد ولذلك فإنهم يخافون ويتذللون Cringing إن التهديد المتسمر على الأخطاء يقود إلى الخوف والقلق مثال ذلك الطفل الذي يوبخ على قذارته فإن الخوف من الوساخة هي مثال واضح على ذلك وسوف يعمم الطفل شعوراً عاماً بالخوف من الفوضوية وعدم الترتيب. إن شكل الخوف يعمل على مجال النقد المتكرر . إن الأطفال الذين يُنتقدون على نشاطاتهم وعلى تطفلهم Intrusive ربما يصبحوا خائفين أو خجولين.

٧- **الاعتمادية والقوة:** Strict and Overly Demanding:

إن الصراحة أو القسوة المتزايدة تُنتج أطفالاً خائفين أو يخافون من السلطة. إنهم يخافون من المعلمين أو الشرطة الذين يمثلون السلطة، إن الآباء المعتمدين لا يفهمون غالباً بأن هناك مخاوف متوقعة في فترات مختلفة من العمر، وأن تحملهم يكون قليلاً للمخاوف عند الأطفال وعن فشل أطفالهم وكذلك الآباء الذين يتوقعون من أطفالهم التمام في جميع الأعمال غالباً ما يكون عندهم أطفالاً خائفين ولا يستطيعون أن يلبوا حاجاتَ الآباء ويصبح أطفالهم خائفين من القيام بأي تخريب أو أية محاولة .

٨- **صراعات الأسرة:** Family Conflicts:

إن المعركة طويلة الأمد بين الوالدين أو الأخوة أو بين الآباء والأطفال تخلق جواً متوتراً، إن المحاورات الساخنة تحفز مشاعر عدم الأمن، إن الأطفال غير الآمنين يشعرون بعدم المقدرة على التعامل مع مخاوف الطفولة حتى مجرد مناقشة المشاكل المادية اليومية والمشاكل الاجتماعية تخيف الأطفال الحسّاسون ويشعرون دائماً بالإعياء والتعب من مشاكل الأسرة التي لا يستطيعون فهمها أو يسيئون فهمها لأنهم يشعرون بأنها مواقف لا فائدة منها. إن هذه المشاكل تكون عظيمة إذا نُظر للآباء بأنهم غير قادرين على التعامل مع تلك المشاكل.

٩- **نماذج الخوف:** Fear Models:

إن مشاهدة المخاوف عند الكبار أو الأخوة أو الأقران تؤثر فيهم حيث يتعلم الأطفال الخوف بالتقليد. إن الأم التي تخاف من الحشرات أو من المرتفعات ربما يكون لها طفل خائف، إن الآباء الذين يخافون بأنهم لن يكونوا قادرين على التكيف مع القلق اليومي يشجعون وجود أفكاراً مخيفة عن العالم في الطفل ويجب أن يُفهم بأن بعض الأطفال هم أكثر حساسية من أطفال آخرين وذلك بسبب مزاجهم العام ، وشيء مألوف لطفل له أبوان يتصفان بالخوف أن يكون خائفاً للغاية. (حسين ، ١٩٩٩).

• **طرق الوقاية والعلاج:**

(أ) العلاج:

١ – الإعداد للتكيف مع الضيق: Prepare for Coping With Stress:

إن مرحلة الطفولة يجب أن تكون هي الوقت المناسب لإعداد الأطفال للتكيف مع أي نوع من المشاكل خاصة التوتر. ويجب أن تكون هناك كميات كبيرة وكافية من التفسيرات والتطمينات والتحذيرات من صعوبات متوقعة مثل النضج الجنسي (شعر الجسم، الحيض Meastruation وكذلك القذف Nocturnal Emission) ويجب مناقشتها بصراحة ويمكن استعمال اللعب للتعامل مع المشاعر والحوادث، إنه وسيلة طبيعية لتعليم الأطفال كيف يتعاملون مع الخوف.

إن تمثيل المخاوف هي تجربة مساعدة، وألعاب الماء تقود إلى الألفة مع الماء وإن أي خوف يمكن التعامل معه في نفس موقف اللعب. إن الألعاب تساعد الأطفال في جميع الأعمار أن يتصرفوا وأن يشعروا بالرضا وبالفائدة إن الألعاب هي وسائل تعالج المشاعر الجديدة وتعالج الضيق المرافق لها. إنه من النافع عندما تكون هناك جروح متوقعة أن يعد الأطفال لها بشكل مناسب. ويمكن استعمال المناقشات ويسمح للأطفال بتمثيل الأدوار لمعالجة الموضوعات المخيفة، وكتب الأطفال متوفرة وتصف لنا طرق التعامل الايجابي معهم ومع مخاوفهم المتعلقة بالموت وفراق الصديق أو حدوث طلاق للأب أو للأم وبالمساعدة المتخصصة فإن الطفل يستطيع التكيف مع المواقف السابقة وتتلقى الأسرة الإرشاد المناسب ولكي نحصل على دعم

عاطفي على أعلى مستوى للطفل ولتجنب الصراعات معه ، يجب هنا تجنب الحماية الزائدة.

إن التعامل الايجابي مع الجسم الذي يخاف منه الطفل يجعل الطفل يتجاهله، وعلى الأب أن يُزيل الجسم المخيف أو أن يُجبر الطفل في الدخول في المواقف المخيفة ، يتعلم الأطفال السيطرة والحرص ولا يتعلمون الخوف. مثال جيد هو مناقشة التعامل مع الكلاب، إن الكلاب الغريبة يمكن أن تعض، يقول الأب لابنه لا تقترب من الكلاب الضالة، إن الحركات المفاجئة تُخيف الكلاب ولذلك يجب تجنب تلك الحركات، إذا اقترب كلب غريب منك اهدأ وجهز نفسك، إذا هاجمك كلب اكبح مشاعرك Drop the Teash لا تدخل بين حيوانات تتقاتل لأنك سوف تصاب بالأذى إذا هاجمك كلب، تستطيع أن تصرخ بصوت عالٍ اجلس أو قف، لا تنس أن تتسلق على أي شيء ممكن لكي تهرب، لا تفقد صوابك، اهرب أو قاتل ولا تبق واقفاً بدون حراك، إن هذا النوع من النصيحة يمكن أن يكون مفيداً في حالة طارئة بالإضافة إلى ذلك، إن الطفل سيشعر بأنه مُعد ومدرب وبأنه أكثر فائدة ونفع وأكثر تحدٍ.(العزة ، مرجع سابق) .

٢- **كن متأكداً وداعماً: Be Empathis and Supportive:**

عندما يبدو الآباء بأنهم متفهمون وأهل لتقديم المساعدة فإن الأطفال سيشعرون بالمزيد من التكيف مع المواقف المخيفة، إن الأطفال الآمنين يستطيعون التعامل مع الأشياء بشكلٍ أفضل، إن الحب والاحترام يتضمنان

الأمن، بينما التهديد المستمر أو الانتقاد المستمر لا يحتويان على الأمـــن. إن الوسائل المباشرة لشرح الاحترام هي قبول الحرية وتشجيعها أي بأن تفكـــر وتشعر بأي شيء عما يعبر الأطفال عن مشاعر مشوشة أو مخجلة، يجب أن يقبلها الآباء ويجب أن يقدموا لهم المساعدة.

يحتاج الأطفال إلى المساعدة في فهمهم وفي تفسير المواقـــف التـــي تسبب الضيق لهم يجب أن تقول " إن معظم الأطفال عندهم أفكـــاراً غريبـــة ومخجلة "، إن أية فكرة أو حادثة يمكن تخيف الأطفال يجب مناقشتها معهـــم على وجه السرعة، إن المناقشات يجب أن تُصحح ميل الطفل إلى المبالغة أو تشويه سبب الخوف. إن فهمه وقدرته المتنامية في التعامل مع المخاوف يجب أن يشجع عليها، يجب عدم استعمال الأب للخوف من أجل المحافظـــة علـــى النظام، ولكن لسوء الحظ هناك ما يزال بعض الآباء يقولون أشياء مثل: "إذا استمريت تفعل ذلك فإن الوحش سوف يأخـــذك " أو أن " الأطفـــال الـــذين يمارسون العادة السرية سوف يصابوا بالجنون ". إن مخاوف الأطفال ليست ممتعة بالنسبة لهم حتى ولو لم يروها. إنهم غالباً ما يشعرون بقلـــة الأمـــن عندما يسمعون تهديدات غريبة.

إن هذا ينطبق على أطفال تحت ٦سنوات والذين عندهم ضعف فـــي التمييز بين الحقيقة والخيال، يجب أن تُساعد الأطفال على تعلم التمييز بـــين المخاوف الواقعية وبين المخاوف غير الواقعية، إنه لن يساعدك كـــأب ولـــن يخفف عنك Belittling أن تقول لطفلك (لا تكن غبياً وأن مخاوفـــك غيـــر

واقعية) ولأن الأطفال يعتبرون مخاوفهم واقعية فإنهم لا يـشعرون بالخجـل منها، يجب التعبير عن المخاوف وعدم تجاهلها أو السخرية منهـا، ولكـي تعرف بأنك في الطريق الصحيح استمع إلى وصف الأطفـال لـن يعطـيهم الفرصة لأن يشعروا بالقدرة تماماً، ويجـب عـدم إثقـال كاهـل الأطفـال بالمناقشات المستمرة والتي تناقش فيها مشاكل الكبـار (المـشاكل الماديـة، الجنسية والأعمال) مع الأطفال أو على مسامعهم، كذلك فإن امتداح الأطفال بأنهم جيدون دوماً غير نافع لأن الأطفال يعرفون بأنهم ليسوا علـى الغالـب جيدين لأنهم يفزعون دوماً. (فضة، مرجع سابق).

٢- التعريض المبكر والتدريجي لمواقف مخيفة:

Early and Gradual Exposure to Feared Situations

يجب ممارسة المخاوف الجديدة والأفكار المخيفة، يمكن قطع التيـار الكهربائي أو الضوء عن الطفل والمغزى هو أن تعود الطفل على أن يتكيف مع ضوء أعتم فأعتم Dimmer في كل ليلة أو يغلق الباب أكثر فأكثر حتـى يشعر الطفل بالراحة وينام. يجب زيارة مكاتب أطباء الصحة، يجب تزويـد المعلومات للطفل عن أي شيء ممتع، ومن النافع أن نجعل الأطفال يـرون طفلاً سعيداً أو غير خائف وهو يعالج عند طبيب الأسنان مثلاً. إن الأطفـال الذين يُظهرون مخاوف أقل وأخف يجب أن يتعرضوا لخبرات لمنع حـدوث مخاوف أعمق، ويستطيعون النظر إلى كتب فيها مواقـف مخيفـة (أطبـاء الأسنان، المستشفيات، الكلاب، الإنفاق) Sub Way، ويتحسن بعض الأطفال

ويقل خوفهم عندما يضعون في حقيبتهم صورة لجسم مخيف. إن وقت النوم يجب أن يكون وقت استرخاء وليس وقتاً للمضايقة، يجب تعريض الأطفال للمخاوف تدريجياً بينما يكونون في حالة استرخاء إن المشي في الممر المعتم يُساعد الأطفال على عدم الخوف وكل مرة تقديم دعم أقل فأقل سوف يكون ضرورياً.

٤- التعبير والمشاركة في الاهتمامات:

Express and Share Concerns Openly

عندما يعيش الأطفال في جو تناقش فيه المشاعر معهم ويشاركون فيها فإنهم يتعلمون بأن الاهتمامات والمخاوف شيء مقبول، ومن المناسب أن نتحدث في اهتمامات حقيقية أو مخاوف كلنا يخاف منها. إن الأطفال والكبار يعترفون بأن عندهم مخاوف، عندها يرى الأطفال بأن الأمر عادياً أن يخاف الإنسان وأن كل إنسان يخاف في وقت ما. وعلى العكس من ذلك فإذا أنكر الآباء الخطر أو الخوف فإن ذلك من الممكن أن يكون مخيفاً لهم.

٥- مثل الهدوء واللياقة والتفاؤل:

Model Calmness, Adequacy and Optimism

إن عدم شعور الآباء وشعورهم بالخوف يُفزع الأطفال مباشرة، مثلاً إذا لم يستطع الآباء حل خوفهم الخاص بهم بالموت، فإن الأطفال يتعلمون وبسرعة الخوف من الموت إنه سوف يكون من المفيد أن يسمع الأطفال

عبارات كهذه (شيء هام أن تفعل أقصى ما تستطيع وأن تتمتع بوقت جيد وعندما يأتي الموت تكون جاهزاً له)، ونقول للطفل كلنا سنموت إن الموت عملية تشبه عملية الولادة أو تقول للطفل بأننا كلنا جزء من الطبيعة وأننا نعود للطبيعة مرة أخرى (كلنا من التراب وإلى التراب سوف نعود)، كثيرٌ من الراشدين يناقشون مفاهيم دينية كوسائل لفهم الموت. إن المخاوف يجب عدم مناقشتها باستمرار، لأن الاعتراف بالمخاوف وإيجاد حلول لها تعتبر أمثلة جيدة للأطفال وفي بعض الأسر ما تزال تُذكر أشياء سيئة يمكن أن تحدث للناس، إن هذا جو يمثله القول التالي (وراء كل غيمة فضية خيط معتم) أي هناك شر وراء كل شيء سار. إن هذا الجو يحفز ظهور القلق والخوف عند الأطفال، ويكون التشاؤم Pessimism هو النتيجة. إذا شعرت بأن الأشياء على ما يرام فإنه يجب التعبير عن هذه المشاعر الجميلة.

إن الحلول المتفائلة تقود للتعامل مع الخوف وبدون ردود فعل عالية عليك أن تشعر بمخاوفك وأن تتحدث عن تقبل المخاطر التي سوف تواجهها. إن إظهار الخوف بحضور الأطفال يجب العمل على تخفيضه بسرعة، عليك أن تناقش مخاوفك مع صديق أو قريب أو مرشد ديني أو متخصص في الصحة العقلية. إن الأطفال يتأثرون بحلولك، إذا أظهرت اهتمامك في العواصف الكهربائية أو بالرياح العالية يتعلم طفلك أن يكون مهتماً بدلاً من أن يكون خائفاً، وعندما تذهب إلى طبيب الأسنان عبّر عن سرورك لأن أسنانك أصبح منظرها جميل ولها شكل جيد ولأن أولادك سوف يتصرفون مثلك.

ب) طرق الوقاية:

١- إزالة الحساسية والحالة المعاكسة:

Desen Sitize and Counter- Condition

إن الهدف هو مساعدة الأطفال الحساسين جداً والأطفال الخـائفين أن يكونوا أقل حساسية وأن يكونوا بطيئي الاستجابة لمجالات حساسيتهم.

القاعدة العامة تقول بأن الأطفال تقل حساسيتهم للخوف عندما يـرتبط هذا الشيء المخيف مع أي شيء سار (حالة معاكسة) من النـافع أن يلعـب الأولاد لعبة مفضلة أو أي نشاط هزلي بينما يكونون خائفين، إن جميع أنواع المخاوف المحدّدة يمكن القضاء عليها بهذه الطريقة، يلبس الطفـل ملابـس رجل خفاش ويقوم باللعب في غرفة معتمة كخطوة أولى للتغلب على الخوف من الظلام ويجب لعب اللعبة التي تسمى بالعربية (الاسـتغماية) Hide and Seek في الظلام أو في غرفة مظلمة، أولاً يختبأ الأب ثمَّ يقوم الطفل بعملية البحث عنه ثمَّ يختبئ الطفل ثمَّ يبحث عنه الأب ليجد أين هو مختبئ يجب أن لا يجبر الأطفال أن يدللوا كلباً. إن أفضل علاج هـو أن تتـرك الأطفـال يراقبون كلاباً تُطعم خلف الشباك، ثمَّ يراقبونها في نفس الغرفـة ثـمَّ يقـدم الأطفال الطعام للكلب، إن التقدم التدريجي يشجع وجود الشجاعة تدريجياً عند الأطفال كما يجب قراءة قصص الكلاب ويجب اللعب مع الجراء الـصغيرة، إن الخوف يمكن تحويله إلى متعة، وتتعاون الأسرة جميعهـا علـى إزالـة المخاوف لأن الأطفال يشعرون بأمن أكثر عندما يكونون في جماعة ويمكـن

إشراك مراهق في نشاطات مخيفة مثل السباحة وبعض الألعاب الرياضية مع طفل آخر. إن الأطفال يعجبون بالمراهقين إن النشاط هذا يجــب أن يكــون ممتعاً، بعض الأطفال يهلعون عند سماع صوت الرعد، على الآباء أن يقلدوا صوت الرعد لهم وأن يجعلوا أطفالهم يقلدون نفس الصوت وكــذلك يجــب مناقشة العواصف وتفسيرها، يجب أن ينظر الأطفال إلى الحيوانات المخيفــة في الكتاب وأن يرسموها وأن يلتقطوا لها صوراً أو يكتبوا عنها قصة أو أن يُناقشوا مخاوفهم مع أخ لهم. إن هذا يساعد علــى إزالــة مــشاعر العجــز والخوف بطريقة بنّاءة وفعّالة ومثمرة. إن تجنب مواقف الخــوف يطيــل أو يزيد المخاوف.

٢- مشاهدة النماذج: Observing Models:

يمكن استعمال الأفلام لتقليل مخاوف الطفل. إن الطفل المشاهد للفيلم يتعامل وبدون خوف مع مواقف أكثر فأكثر إخافة، ويمكن أن يــرى الطفــل نماذج ذات صفات خاصة تحفزه على الشجاعة، إن المشاهدات تقنع بعــض الأطفال بأن الشيء الذي يخافون منه هو شيء آمن، إحــدى الأمثلــة هــو استعمال أشرطة الفيديو لرؤية صديق لهم يتغلب على الخوف من الامتحان أو على قلق الامتحان. إن النماذج هذه تتعرض إلى المزيد من المواقف المخيفة، إن الأطفال المشاهدين سيصبحون أقل خوفاً في الامتحانات الأكاديمية، هناك مثال آخر هو مشاهدة الأطفال في غرفة العمليات الجراحية وتحت الجراحة، إن على الآباء أن يستفيدوا من كل مناسبة لإعداد الأطفال لمواجهة مواقــف مخيفة.

يمكن إزالة الحساسية عند الأطفال بطريقة بسيطة تسمى بالممارسة السلبية يمكن أن يتظاهر الأطفال بأنهم خائفون جداً أكثر مما هم عليه يقول الأب لطفلته أريني كيف يمكن أن يكون الطفل خائفاً جداً عندما يكون واقفاً على قمة تلة. إن الطفلة تمثل بأنها فزعة حتى تكاد أنها تموت من الخوف من ذلك المكان المرتفع وفي المستقبل سوف يشعر الأطفال بأن مخاوفهم غبية وغير ضرورية.

٣- **التدريب: Rehearsal:**

إن التدريب يُمكّن الأطفال أن يشعروا بالراحة عندما يكررون أو يعيدون حوادث مخيفة نوعاً ما. واللعب هو شكل طبيعي للتدريب. إن الألعاب والتمثيل تسمح للأطفال بالتعبير عن العديد من المشاعر والمخاوف. إن امتداح الأطفال يُعزّزهم على ممارسة التدريب المتعلق بالأشياء المخيفة، ويمكن استعمال خارطة لتدل على مدى التقدم نحو التخلص من المخاوف ، وبعض الأطفال يستجيبون وبشكل جيد للتدريبات المرئية أو المنظورة والتي هي عبارة عن تمرين عقلي للسير في نشاطات متعددة ويستطيع الكبار رسم السلوكيات البديلة للمخاوف لكي يجهزوا الأمر لبعض المواقف المخيفة.

٤- **الخيال الايجابي: Positive Image:**

يمكن للأطفال استعمال خيالهم الايجابي من أجل تخفيف أو تقليل المخاوف بتخيل رؤية مناظر جميلة . ويمكن مساعدتهم على التعامل مع مواقف مخيفة كأن يُطلب من الطفل أن يتخيل أنه وأمه في البيت وإذا فجأة

بالأضواء تطفأ، أنت خائف ولكن كلاكما وجدتما بعض الشمع وذهبتما إلـــى الطابق الأول لكي تغيروا الفيوز إنكما ســـوف تــشعران بالعظمـــة عنـــدما استطعتما حل المشكلة، ويمكن الطلب من الأطفال أن يروا نشاطهم المفضل مثل قيادة السيارة أو المشي على الشاطئ بينما هم يتمتعـــون بهـــذا المـــشهد الممتع يطلب منهم تخيل حادثة مخيفة نوعاً ما. وعلى سبيل المثال بينما تقود عربة أطفال يرى الطفل كلباً كبيراً في الطريق يهاجم الكلب السيارة، عندها يُسرع الطفل بالعربة ثمَّ يبطئ ويأتي الكلب إلى السيارة، يدلل الطفل الكلـــب ويذهب، إن الخيال يستعمل كوسيلة لرؤية الفرد لنفسه قادراً أكثر فأكثر على تحمل الخوف ومن ثمَّ التحرر منه.

يجب أن يُدرب الأطفال الأكبر كيف يمكن استخدام خيـــالهم للتغلـــب على المخاوف بينما يكونون مستريحين كلاكما تستطيعان أن تصفا قصـــصاً مضحكة عن ذلك الموضوع المخيف، كل قصة يجب أن تُعالج حوادث حقيقية من الحياة، أما إذا ما أصيب الأطفال بالقلق فعليك أن تهدئ الجزء المخيـــف من القصة بالضحك أو بتغيير الموضوع.

٥- **مكافأة الشجاعة: Reward Bravery :**

يجب أن تكون واعياً لجاهزية الأطفال للتغيير وقبول الشجاعة امتدح كل خطوة شجاعة. إن الجوائز المادية ستكون نافعة جداً ويمكن تحديد ســـبب الخوف وزمانه ومكانه. ويكون الطفل قادراً على تحمل جزء من ذلك الموقف يجب مكافأته عليه، والكثير من الأطفال يتمتعون بكـــسب الجـــوائز عنـــدما

يريدون إظهار كم هم شجعان مثلاً فإذا قالوا مرحباً لغريب فـإنهم يكـسبون ٥ نقاط، وإذا أجابوا على التلفون فإنهم يكسبون ١٠ نقاط، وإذا ما تحدثوا مع أناس مختلفين فإنهم يحرزون المزيد من الجـوائز التـي يمكـن اسـتبدالها بالألعاب.

إن الخوف من المدرسة هو مثال آخر هام، يجب أن تستجيب مباشرة بأن على الطالب أن يذهب إلى المدرسة حتى ولـو تعـرض لـشيء مـن المضايقة أو من ألم جسمي، ويجب فحصه طبياً في وقت آخر عـن وقـت المدرسة، أن الكثير من الآباء يعرفون سبب شكوى أطفالهم من المغص وآلام المعدة السيكوماتيكية أي (التي سببها نفسي وجسمي) وكذلك الصداع، كوسيلة لعدم ذهابهم إلى المدرسة. يؤخذ الولد إلى المدرسة ويعاد وهو يتلقى المـديح والإطراء ويمكن عمل حفلة من أجل مكافأة الطفل على تغلبه على خوفه من الذهاب إلى المدرسة، ويُكافأ الطفل على كل خطوة نحو التقدم.

٦- **التحدث مع النفس** Self-Talk

إن التحدث مع النفس هو العلاج والتريـاق القـوي للخـلاص مـن الخوف، إن الشعور بالعجز والخوف يحل محله شعور مستقل من المهـارة، يُقترح على الأطفال التحدث مع أنفسهم بصمت لكي يشعروا بالتحسن تقـول للأطفال بأن التفكير في المواقف أو الأشياء المخيفة يجعلهم أكثر خوفاً. أمـا التفكير بأفكار إيجابية فيقود إلى مشاعر أهدأ وإلى سلوكيات أشـجع. يقـول الطفل لقد فهمتها (أنا أشعر بالشجاعة) (سوف ينتهي كل شيء) (أنا تمام) (إنه فقط خيالي) إن الوحوش موجودة فقط في الأفلام ولن يحدث شيء، إن الرعد

لن يؤذيني إنني سوف أتمتع برؤية العاصفة، من الضروري أن نري الأطفال كيف يمكن أن يوقفوا خيالاتهم المخيفة وأنهم يستطيعوا أن يفكروا ويقولوا (توقف) ومباشرة يقولون تعليقاً ايجابياً لأنفسهم (أنني لا أستطيع أن احتمل ذلك).

٧- **الاسترخاء:** Relaxation:

إن الاسترخاء العضلي عامل مساعد جداً في حالة التوتر الجسدي عند الأطفال والمراهقين، يتعلم الأطفال كيف يتخلصون من التوتر ومن الخوف، وإن استرخاء عضلاتهم يخفف من مخاوفهم، إن الاسترخاء يساعد على إيجاد تركيز ايجابي، إن الخوف من الظلام يمكن تقليله بواسطة الاسترخاء تماماً خاصة إذا ما مارس الأطفال الاسترخاء بشكل مستمر ومكرر في فراشهم، يجب أن يتعلموا كيف يسترخون لمجرد سماعهم كلمة بسيطة مثل (استرخاء) بعض الأطفال يمارسون الاسترخاء بشكل فعّال في الحمام الساخن، ويمكن للأطفال استخدام خيالهم للتغلب على الخوف عندما يذهبون للنوم ويكون عندهم طريقة للتغلب على الخوف إنهم يرخون عضلاتهم ويستطيعون تخيل أنهم موجودين في حمام دافئ يمكن مزج الاسترخاء مع تقليل الحساسية من الخوف التي وصفناها سابقاً إنها نافعة لوصف المزيد من المشاهد المخيفة بينما يكون الطفل مسترخياً، إن الخوف يصبح أقل لأن الطفل يكون قد تعرض له في الخيال أو في موقف حقيقي ، ولذلك يصبح الخوف مسيطر عليه Deconditioned.

٨- **التوسط**: Mediation:

هناك فنيات عديدة من التوسط استخدمت من قبل الأفراد من جميـــع الأعمار لكي يشعروا بالهدوء ويبتعدوا عن الخوف من هذه الأساليب التنفس بانتظام بالعد ببطء، ويمكن استخدام التنفس بانتظام لتخفيض خوف الأطفـــال من الامتحانات المدرسية، ويمكن استعمالها ضد تـــشتت الفكـــر ولتـــشجيع الانتباه، نرى الأولاد كيف يتنفسون ببطء وبشكل منتظم وعليـــك أن تراقـــب تمرينهم ومن النافع أن تكون واعياً لأية أعمال تناسب طفلك (فضة، مرجـــع سابق).

- **أبرز المخاوف عند الأطفال:**

أ- **الخوف من البقاء منفرداً في البيت:**

أو خوف الطفل من أن يترك وحده في البيت وبالتعمق في أسباب هذه المخاوف، نرى أن معظم الكائنات الحية تـــستمد الإحـــساس بالأمـــان مـــن مصدرين هما: القوة الشخصية، وولاء وقوة الحلفاء.

والحقيقة فإن هذه هي حالة الطفل الصغير الذي لا حول ولا قوة لـــه، فهو يستمد قوته من حلفائه، وهم الأهل طبعاً في هذا المجال. ومن الطبيعـــي فإن تركه وحيداً، ولو لوقت قصير يجعله محروماً من هاتين القـــوتين، فهـــو غير قادر حتى على الحصول على طعامه. ويعتبـــر أحـــد علمـــاء الـــنفس الأمريكيين " إن العزلة هي المصدر الأكبر للرعب في الطفولـــة المبكـــرة " (الشربيني، ١٩٩٤) .

أما عن ترك الطفل من قبل أمه بداعي ظروف عملها خارج المنزل، فلا خوف من ذلك بشرط أن تمنحه المحبة الكافية، وتشعره فعلاً بأنها تحبه، حتى يشق شخصياً بهذا الحب، وألا تعامله كأمر واقع مفروض عليهــا، وأن كل ما يطلب منها هو تأمين مأكله ونظافته وملبسه وتأمين وسائل التــسلية، ووسائل الراحة الأخرى، إن منح المحبة قد يكون أهم من ذلــك كلــه، فــإذا مُنحت هذه المحبة بطريقة موضوعية ومعتدلة دون إفراط، ثمَّ استكملت بترك الولد مع أناس موثوقين محبوبين من قبله فإن ذلك لن يتسبب فــي مخاوفــه طالما أنه متأكد بأن أمه سوف تعود إليه في وقت محدد.

بعض الأهل يزرعون المخاوف في نفوس أطفالهم على غيــر علــم بذلك، فهم يلوحون بمسألة إبقاء الطفل وحيداً في البيت وكأنها قصاص للطفل، كأن يقول أحد الوالدين للطفل: (إن فعلت ذلك. أو إن لم تكف عن عمل ذلك) سوف أتركك وحدك بالبيت. وفي هذه الحالة تصبح مسألة الترك وحيداً فــي البيت، بالنسبة للطفل بمثابة التهديد المرعب، الذي ينطوي في طياتــه علــى القصاص، والقصاص ما كان يوماً بمحبب، بل يقصد منه الإيــذاء والإيــلام للشخص المقاصص. من هنا يعلو صراخ الطفل وانصياعه ألقسري للأوامر الصادرة إليه بمجرد تهديده بهذا (الأمر المرعب) وهو البقاء وحده في البيت.

ب- الخوف من الحيوانات:

هذه المخاوف مشتركة عند معظم الأطفال، وتتضاءل مع نمو عقــل الطفل ومع فهمه لطبيعة بعض الحيوانات وخاصة الأليفــة منهــا، وتوطيــد العلاقة بها، لكن قسماً كبيراً منهم ترافقهم هذه المخاوف حتى مرحلة النضج

والرشد، فسيبقون على خوفهم من الحيوانات صغيرها وكبيرها، المتوحشة منها والأليفة.

وقد ثبت من التجارب أن تعويد الطفل على ملاطفة وإطعام القطط والكلاب بصورة تدريجية والتعامل معها كمخلوقات ضعيفة، وهو القوي الذي يقدم لها العون لما في قلبه من الحب والرحمة للضعفاء. إن هاتين الطريقتين : النظرية والعملية أي التعامل العملي، وزرع مشاعر الشفقة من شأنه أن يخلق الألفة المطلوبة بين الطفل والحيوانات، ومن ثمَّ يزيل من نفسه الخوف منها وتستبدل هذه المشاعر بنقيضها.

ج- الخوف من الظلام:

يرتبط الظلام في ذهن الأطفال بالعفاريت والشياطين، واللصوص – وهذا أمر طبيعي في مرحلة الطفولة – لكن إذا تعدى هذا الخوف الحدود المعروفة يصبح أمراً شاذاً، وفي جميع الأحوال ، فإنه في المراحل الأولى لا بأس من أن ينام الطفل في مكانه مضاء، ونتيجة لخياله الواسع ، فقد يرى الطفل من الأشكال أشباحاً فيخاف منها. والأدهى من ذلك أن يكون الأهل ممن يخافون الظلام، وفي هذه الحالة تنتقل العدوى عن طريق الإيحاء، يضاف إلى ذلك عملية التخويف التي يمارسها الأهل والأخوة الكبار بطريقة المداعبة، وخاصة أثناء الظلام، فالطفل في هذه الحالة شديد التهيؤ لاستقبال أية فكرة عن الأشياء المخيفة والاقتناع بها. ويُستحسن ألا تروي القصص المفزعة أو الأفلام المرعبة قبل النوم، وذلك لما يبقى في لا وعيه منها، فتظهر ليلاً بصورة الأحلام. " والطفل يخشى قدوم الليل لأنه مرتبط في ذهنه

بقوى فوق الطبيعة لا يقوى عقله على تفهمها ". والواقع أن معظم الأطفال يخشون الظلام، لكن بعضهم يكبت هذه المخاوف خشية تهكم الكبار وسخريتهم وتقريعهم له على بعضهم الخوف الذي لا مبرر له في نظرهم، وبعضهم يلجأ إلى الغناء أثناء الخوف ليرفع من روحه المعنوية وقسم كبير من هذه المخاوف تكون نتيجة القصص الأسطورية المفزعة التي تقص على الطفل. والطفل يشبه الإنسان البدائي الذي يخشى قدوم الليل لارتباطه بالحيوانات الأسطورية والأمور الوهمية. ومن الأخطاء التربوية في هذا المجال، أن بعض الآباء اتخذوا من الظلام أداة لتأديب أطفالهم كوضعهم في غرفة مظلمة أثناء القصاص مما يعزز مخاوفهم ويثبتها ويؤكد وهمهم أن الظلام فعلاً مخيف، ولولا ذلك لما استعمل أسلوباً للتهديد والقصاص. حتى عملية المزاح التي تجري لاختبار الطفل ومخاوفه فيوضع في مكان مظلم لوقت قصير جداً هي مرفوضة ، كأن يلجأ بعض الوالدين إلى إطفاء النور فيصرخ الطفل خوفاً فتعاد الإضاءة فيكف الطفل عن البكاء. إن في ذلك أيضاً عملية ارتباط بين النور والأمن والحماية، والعكس يمكن أن يقال بالنسبة للظلام (ولمان ، ١٩٨٥).

والحديث الهادئ عن موضوع الخوف من الآباء والأبناء يخفف من حدة هذا الخوف وقد لوحظ أنه بعد الأحاديث عن نوع معين من الحيوانات الأليفة المخيفة، زالت من أذهان الأطفال أمور كثيرة، وأصبحوا قادرين على رؤيتها في حديقة الحيوانات أو النظر إليها من خلال الرسوم في الكتب.

د- الخوف من الأماكن المفتوحة:

ويطلق عليها العلماء أيضاً "فوبيا الأماكن المفتوحة"، وهي شائعة عند الأطفال، ويرى بعض العلماء أنها "إزاحة لمشاعر العدائية تجاه الوالدين أو خوفاً من الحفزات العدائية للطفل نفسه" والطفل غالباً ما يكبت في لا وعيه حقيقة حدوث هذا الأمر في وقت من الأوقات، وربما تكون ملازمة البيت وخوفه من الخروج منه هي بدافع لا شعوري لمنع الكارثة التي ستحدث للأم حسب توهمه.

والأم التي تتعلق بولدها، مرددة أنها تشعر بالتسلية بقربه، والانزعاج لغيابه، لا يتردد هذا الطفل من ملازمة البيت لمنع القلق عن أمه فيصاب فيما بعد بالفوبيا، حيث "يكون خوفه تعبيراً مزاحاً لقلب الأدوار" بمعنى أنه ينزعج على والدته بدلاً من انزعاج والدته عليه.

هـ- الخوف على الآباء:

هذا النوع من الخوف عند الأطفال، غالباً ما يكون مرافقاً لظاهرة القلق الدائم، ينتاب الأطفال الذين ينتمون إلى آباء من ذوي المراكز السياسية المرموقة أو من أصحاب الثروات، أو من المرموقين، المحسودين في مجتمعهم، أو من رجال المافيا، فهؤلاء الأطفال يخشون على آبائهم من القتل والسرقة، والتعرض لهم بشكل دائم، ويتوقعون اعتداءات على هؤلاء الآباء في آية لحظة، فيشعرون بالخوف المصاحب للقلق.

ويشير علماء النفس إلى ظاهرة أخرى من مخاوف الطفل على والده،

فقد تكون أحياناً تعبيراً لا واعياً عن مشاعره العدائية نحو هذا الولد، وخوفه من أن تتحقق هذه الرغبة عن طريق إنسان آخر ، وهذا يدل على صراع داخلي يعانيه الطفل إنه خوف من أفكاره، ورغباته هو.

ومن أنواع الخوف الأخرى، الخوف من الموت، وهذا يحدث للأطفال نتيجة موت عزيز على قلوب العائلة، ويمتد هذا النوع من الخوف إلى كل ما له علاقة بالموت كالخوف من المقابر، ولواحقها، وظاهرة الموت ظاهرة غيبية غامضة على الطفل، وكل غامض يبعث الخوف في النفس.

وهناك مخاوف مؤقتة تختفي مع تقدم الطفل في النمو كالخوف من الظواهر الطبيعية، والظلام والضوضاء، والعواصف وغيرها، كذلك الخوف من الأخطار المتوهمة مثل الأرواح والغيلان والأشباح. وهذه أيضاً تختفي عند سن الرشد ويلحق بهذه المخاوف: الخوف من الحرب، والمسلحين، واللصوص، والجراحة.

ومعظم المخاوف في السنة الأولى لحياة الطفل هي مخاوف فطرية، يستمر بعضها لبعض السنوات منها خوف الطفل من الانفصال عن أمه، وانتقاله إلى المربية، أو إلى مدارس الروضة. ومن أجل ذلك يجب أن يُعود الطفل بالتدريج على الانتقال هذا ليقبله ويألفه وهناك نوع من الخوف عند الأطفال العاطفيين من ذوي السلوك الهادئ والإحساس المرهف هو الخوف على صحة الآباء " فالآباء الذين يبدون أمام أطفالهم كمخلوقات يطحنها القلق والضعف والعجز، يسهمون بدرجة كبيرة في مخاوف أطفالهم " (العيسوي، ١٩٨٤).

وهناك نوع من الخوف هو الخوف من الحديث أمام الناس، وخاصة أمام المعلمين وهذه الظاهرة تعرف عند العامة بالخجل أو الحياء، وهي شكوى تتردد على ألسنة الكثيرين من الأهل، حيث إن أطفالهم لا يجيبون على أسئلة المدرِّسة، ويرتعدون خوفاً منها في حين يتمتعون بطلاقة الحديث في منازلهم، ويشعرون بالتلعثم أمام المدرسين وهذه حال الذين يقفون أمام المذياع أو (الكاميرا) لأول مرة، حيث يعتريهم الخوف والارتباك والتردد. وهذه الظاهرة يمكن علاجها عند الأطفال أو عند الكبار أيضاً، بالتعود على القراءة منفرداً وبصوت عالٍ، والوقوف أمام المرآة أو في الطبيعة أو أمام الأهل، والقيام ـ بطريقة خطابية ـ بإلقاء كلمة قصيرة أو مقطوعة شعرية ـ ذلك كما فعل الخطيب اليوناني الشهير (بركليس) الذي كان يقوم بإلقاء الخطب أمام الصخور والأشجار فتحول إلى خطيب مصقع من أفضل الخطباء في عصره، وأكثرهم فصاحة وكان من قبل الكن اللسان. (وولمان، مرجع سابق).

وإلحاقاً بهذا النوع من الخوف، يأتي الخوف من الامتحانات، وهو ناتج عن عدم الثقة بالنجاح، وخشية الرسوب، وما يتبع ذلك من غضب الأهل وازدراء الناس وشماتة الأعداء وتشفيهم، والحل هنا يكمن في خلق فرص النجاح، أو في النجاحات المتكررة، وبذلك تزول عقدة الخوف من الامتحان.

والخوف (Phobias) أو الخواف، حالة مرضية ومن أنواعه:

١- الأكروفوبيا: الخوف من الأماكن العالية.

٢- الأكلوفبيا: الخوف من الأماكن المزدحم .

٣- كلاستروفوبيا: الخوف من الأماكن المغلقة.

٤- فيسوفوبيا: الخوف من التلوث.

٥- توكسوفوبيا: الخوف من التسميم.

٦- زووفوبيا: الخوف من الحيوانات أو من حيوانات معينة.

٧- الفوبوفوبيا: أو الخوف من الخوف، بمعنى الخوف من أن يتعرض الإنسان للخوف، وهذه تعتبر حالات مرضية عند البالغين وأمر عادي وآني وعابر عند الأطفال ويُعرِّف " سترانج " الفوبيا " إنها خوف شاذ، غير منطقي، وغير عقلاني، يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق، ولكنه خوف مؤلم وحاد " (العيسوي ، مرجع سابق).

والحقيقة، فإن معظم الناس لديهم بعض المخاوف الغريبة التي يمكن الإشارة إليها على أنها فوبيا طبيعية أو عادية، " وهي مخاوف صغيرة، عديمة المعنى، يمكن أن تتدخل تدخلاً خفيفاً في حياتنا اليومية " وذلك ما هو معروف عند النساء خاصة، وبأنهن يخفن من الفئران لدرجة تفوق قدرة الفأر على إحداث أي ضرر، وهذا خوف غير متناسب مع مدى ضرر الحيوان الذي يشعرن بالخوف منه.

سادساً: التمرد أو العصيان

• **مفهوم التمرد أو العصيان ومظاهره:**

من المشكلات الهامة التي تشغل تفكير الآباء والمربين في مرحلة الطفولة المبكرة هي مشكلة التمرد والعناد عند الطفل، حيث يرى العديد من الباحثين (شيفر، ١٩٨٩، حسين، ١٩٩٩) أن هذه المشكلة تصل ذروتها ما بين سن الثانية والرابعة من العمر. كما يرى (جونسن Johnson، ١٩٨٣) أن حوالي ثلث مشكلات الأطفال لها علاقة بالتمرد أو العصيان.

ولهذا نرى بان التمرد سلوك يظهر عند الطفل على شكل مقاومة علنية أو مستترة لما يطلب منه من قبل الآخرين، وذلك نتيجة شعوره بالقسوة والتسلط وما يؤدي إليه من عجز عن القيام برد فعل تجاه ذلك. فالطفل في هذه المرحلة من العمر يصعب عليه تعلّم عمل الأشياء في الوقت المحدد الذي يجب أن تعمل فيه ويتبرم الكثير من الآباء من سلوك عدم الطاقة الذي يظهر عند الطفل، ويتساءلون عن كيفية تعليم الطفل أن يفعل ما يطلب منه في الوقت المحدد. فمن المعروف أن بعض الأطفال يطيعون تعليمات الآباء خلال السنتين الأوليين، ولكن البعض الآخر لا يفعل ذلك ويتمرد، حيث يرى الطفل في الكبار التسلط والقوة والقهر وهذا الشعور يولد من خلال شعوره بضعفه وعجزه عن القيام بما يتمنى القيام به. فمن المعروف أن سلوك الطفل في السنتين الثالثة والرابعة من العمر يتميز بالتمركز حول الذات فهو لا يهتم بأقوال وأفعال الآخرين إلا إذا كانت مرتبطة بذاته، ولكن مع التقدم في العمر

وتفاعله مع البيئة المحيطة به، فإن هذا السلوك يخف تدريجياً ويبدأ بالتعامل مع العالم المحيط بشكلٍ أكثر موضوعية.

من جهة أخرى فإن سلوك التمرد والعناد هو سلوك طبيعي ومعقول وتعبير صحي عن الأنا النامية التي تسعى إلى الاستقلال والتوجيه الذاتي إذا ظهر أحياناً في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، أما إذا تكرر واستمر هذا السلوك إلى فترة طويلة فإن ذلك يعد مؤشراً على عدم السواء وقد يطور عادات سلبية لديه بحيث يظهر سلوك العناد عنده في جميع المواقف دون أن يكون هناك أي مبرر منطقي لذلك.

- **أشكال العناد:**

توجد أشكال متعددة لعناد أطفال الروضة نذكر منها:

أولاً: عناد التصميم والإرادة:

يظهر هذا النمط من العناد عند بعض الأطفال لدى إصرارهم على محاولة إصلاح لعبه . خاصة إذا أصيب الطفل بالفشل عند إصلاحها في المرة الأولى . عندها يزداد إصراراً على تكرار محاولته مرة أخرى.

ثانياً: العناد المفتقد للوعي:

كإصرار الطفل الذهاب إلى السوق رغم هطول الأمطار الشديدة وعدم توافر وسيلة نقل لذلك. ورغم محاولة والديه إقناعه بعدم الذهاب. وكذلك إصراره على عدم النوم من أجل مشاهدة برنامج تلفزيوني بالرغم من محاولات أمه النوم حتى يستيقظ مبكراً صباح اليوم التالي، ويكون إصرار

الطفل في مثل هذه المواقف عناد ارعن مفتقد للوعي والإدراك.

ثالثاً: العناد مع النفس:

وقد يعاند الطفل نفسه كرفضه تناول الطعام وهو جائع برغم محاولات أمه بضرورة تناول الطعام.

رابعاً: العناد كاضطراب حركي:

قد يكون عناد الطفل نتيجة اضطراب سلوكي خاصة يعتاد الطفل على مثل هذا السلوك ليصبح مع العمر نمطاً راسخاً وسمة من سمات تشخيصه. وهذا النمط من العناد يسبب له نزوعاً إلى المشاركة والتعارض مع الآخرين. ليمثل بالتالي سلوكاً مرضياً يستدعي استشارة المختصين في ذلك.

خامساً: عناد فسيولوجي:

وقد يصاب الطفل إصابات عضوية في الدماغ كالتخلف العقلي مثلاً. فيظهر الطفل أنماطاً من السلوك العنادي أمام الآخرين. (الشربيني، مرجع سابق)

- **أسباب العناد:**

حتى يكون العناد عادياً وغير مبالغ فيه من قبل الطفل وفي مواقف طبيعية يكون هذا النمط من السلوك مستحباً من قبل الطفل. بحيث يطور ثقة الطفل بذاته ويدعم سمة الاستقلالية لديه. إلا أن هناك أسباباً عديدة تدعو الطفل إلى العناد من أبرزها.

أولاً: اقتناع الكبار غير المتناسب مع الواقع:

إن كثيراً من الأوامر وأنماط السلوك التي يفرضـها الأبـوان علـى طفلهما تعود سلباً عليه وتحد من حركته ونشاطه. وربما تحدث ضرراً لديه. كأن تأمر الأم طفلها بارتداء معطف ثقيل يعرقل حركته أثناء اللعب. أو تأنيب المدرسة به بارتداء معطف ثقيل يخالف فيه الزى الرسمي المدرسي. عندئـذ يندفع الطفل نحو العناد كرد فعل للقمع الأبوي الذي أرغمـه علـى ارتـداء المعطف. (ملحم ، مرجع سابق).

ثانياً: أحلام اليقظة:

قد يحدث العناد عند الطفل نتيجة عدم قدرة الطفل على التفريق بـين الواقع والخيال. فيندفع نحو التثبت برأيه دون أن يأبه لآراء الآخـرين مـن حوله. فيصطدم مع الكبار ويصر الطفل على عناده.

ثالثاً: التشبه بالكبار:

وقد يقلد الطفل أبويه في عنادهما يصممان على أن يفعل الطفل سلوكاً ما دون رغبة منه. وحين يسأل الطفل عن سبب عناده. فإنه يجيـب: كمـا تفعل أنت.

رابعاً: رغبة الطفل في تأكيد ذاته:

يمر الطفل بمراحل نموه النفسي المتتابعة. فتظهر عليه علامات العناد في مرحلة عمرية محددة. من النمو مما تساعد الطفل على بنـاء شخـصيته

والتمتع باستقلالية اتخاذ القرار في سلوكياته وهو أمر طبيعي بـل وحتمـي لتطوير أنماط السلوك عند الطفل. لكنه قد يتعلم العناد من أجل تحقيق مطالبه. ويصبح بالنسبة له سلوكاً غير سوي إذا تجاوز هذا السلوك النمـو الطبيعـي للطفل.

خامساً: البعد عن مرونة المعاملة:

يبحث الطفل عن الحب والعطف والحنان من الآخرين من حوله بعيداً عن اللغة الجافة كإصدار الأوامر له والتدخل في سلوكياته بصورة مستمرة. مما يدفع الطفل إلى اختيار سلوك العناد سبيلاً للتخلص من مواقف التـدخل المستمر من قبل الآباء والآخرين من حوله.

سادساً: رد فعل ضد الاعتمادية:

وقد يظهر سلوك العناد كسبب حتمي للاعتمادية الزائـدة علـى الأم والمربية أو الخادمة. وحباً في بناء شخصية مستقلة له.

سابعاً: رد فعل ضد الشعور بالعجز:

وقد يحبذ الطفل العناد كدفاع ضد الشعور بالعجز والقصور وشـعور بوطأة خبرات الطفولة أو مواجهته لصدمات أو إعاقات مزمنة.

ثامناً: تعزيز سلوك العناد:

أن تلبية مطالب الطفل وتحقيق رغباته نتيجة ممارسته لسلوك العنـاد

يعزز تكرار سلوك العناد في مرات قادمة. ويدعَّم لديه سلوك العناد بحيث يصبح أحد السمات التي تميزه عن غيره من الأطفال.

- **طرق العلاج:**

١- ضرورة التعاون بين المنزل والروضة والمدرسة كمؤسسات تربوية على حل مشاكل الطفل وإرشاده وتوجيهه والتخلص من سلوك التمرد أو العصيان عنده. ويفيد في ذلك معرفة كل القائمين على تربية النشء بخصائص مراحل نمو الطفل والمشكلات التي يمر بها وكيفية الوقاية منها وعلاجها (مثل عناد الطفل وعدم طاعته للكبار، ونوبات الغضب والثورة والتحطيم والقسوة والعدوانية والغيرة، والمشكلات الجنسية. . . إلخ). على أن نجاح وتحقيق ذلك التعاون يقتضي فهم كل من المشرفة والمعلمة والوالدان والمتخصصين الآخرين ــ القائمين على تربية الطفل لدورهم ولأهمية هذا الدور في حل مشكلات النشء: (حسين، ١٩٩٩).

٢- ضرورة إلمام المربين بحقيقة العناد على أنه ظاهرة في أعمار ومراحل نمو معينة، ولكنه إذا استمر كظاهرة من مظاهر شخصية الطفل أو كسمة من سماته فهذا الأمر يتطلب الدراسة لشخصية الطفل والبحث عن الدوافع التي قد تكون سبباً في العناد.

٣- عدم مقابلة العناد بالمقاومة المستمرة، فالعناد لا يقاوم بعناد.

٤- عدم التدخل المستمر والشديد في شئون الطفل خاصة في نشاطه ولعبه.

٥- التخفيف من حدة تطبيق النظم القاسية التي لا تتمشى مع المرحلة

العمرية للطفل وخصائصه وقدراته.

٦- توخي الصبر والدقة في علاج العناد، وعدم الشكوى من الطفل أمام الآخرين، حتى لا يزداد عناد الطفل نتيجة لإحساسه بالقوة والتسلط والسيطرة على والديه وقدرته على التحكم والتأثير فيهم.

٧- العمل على احترام شخصية الطفل وتأكيد ذاته وعدم مقارنته بغيره من الأطفال، وكذا عدم تفضيل طفل آخر عليه لسبب أو لآخر.

٨- توفير الجو الأسري المناسب المليء بالعطف والحنان والثقة والطمأنينة.وعدم التذبذب في معاملة الطفل وذلك لضمان الاستقرار النفسي.

٩- الإقلال من تعريض الطفل ــ كلما أمكن ــ للخبرات المحبطة المؤلمة، التي تبعث في نفسه مشاعر التوتر والقلق وتدفعه للعناد باستمرار.

سابعاً: الخجل

• **مفهوم الخجل ومظاهره:**

إن الأطفال الخجولين يتجنبون الآخرين وهم دائماً خائفين غير واثقين ومتواضعين وخجولين ومهزومين ومترددين ولا يُعرضون أنفسهم للمواقف، إنهم ينكمشون من الألفة أو من الاتصال مع الآخرين وفي المواقف الاجتماعية إنهم لا يبدؤون أو يتطوعون، هم غالباً ساكتون يتكلمون بلطف ويتجنبون وسائل الاتصال كالنظر في وجه الآخرين، يعتبرهم الآخرون قاسين ويجب اجتنابهم وهذا يقودهم إلى مزيد من الخجل، إن الأطفال الخجولين نادراً ما يسببوا مشاكل في المدرسة وغالباً لا يلاحظهم أحد خاصة في المدرسة، إن بعض تصرفات الراشدين تعزّز وجود الخجل عندهم وفي رأيهم أن الأطفال يجب أن يشاهدوا ولا يسمعوا، وفي المواقف التي تبدو صعبة ينسحب هؤلاء الأطفال، وغالباً ما يغادرون المكان، إن الأطفال الخجولين قبل ذهابهم إلى المدرسة وأطفال سن المدرسة يجدون صعوبة بالاشتراك مع الآخرين.

إن فترات الخجل العادي تحدث في سن ٥-٦ سنوات وفي سن سنتين إن نسبة الخجل تكون عالية، إن حوالي ٤٠% من المراهقين يصفون أنفسهم بالخجل وبأنهم غير قادرين على عمل اتصال مُرضي ومقبول مع الآخرين بينما يحصل أطفال آخرون على السرور من العزلة، إن الأطفال الواثقين من أنفسهم يعبرون عن آرائهم وحقوقهم وبدون إنكار لحقوق الآخرين

ويتصرفون بأفضل ما عندهم، إن الأطفال الخجولين واعون لهذه المشكلة في أنفسهم ولكن اتصالاتهم ضعيفة ولا يبرزون أنفسهم بشكل جيد، إنهم يشعرون بعدم الراحة من الداخل وعندهم أعراض القلق وهم دائماً متململون ويريدون التهرب من المواقف الاجتماعية، إنهم يشعرون بالدونية وبـالاختلاف عـن الآخرين ويعتقدون بأن الآخرين يسيئوا الظـن بهـم ويعتبـرون الاتـصال الاجتماعي تجربة سالبة.

إن الخوف من التقييم السالب عندهم غالباً ما يكون مصحوباً بالسلوك الاجتماعي غير المتكيف، إن الأطفال الخجولين لا يشاركوا فـي المدرسـة أو في المجتمع ولكنهم ليسوا كذلك في البيت والمـشكلة تكـون أخطـر إذا كان هؤلاء الأطفال خجولين كـذلك فـي البيـت. إن الأطفـال الخجـولين يفتقرون للمهارات الاجتماعية وإنهم لا يظهرون اهتمامـاً بـالآخرين وهـم لا يـستقبلون ولا يعطـون الاتـصال ولا يظهـرون الـشفقة والاحتـرام نحو الآخرين.

ولا يتمتعون بالخبرات الجديدة لذلك فهم نادراً مـا يتلقـون المـديح الاجتماعي وأن الرفاق والمعلمين لا يبحثون عنهم. إن الحفلات هي مواقـف صعبة بالنسبة للأطفال الخجولين . (الشربيني ، مرجع سابق).

- **أسباب الخجل:**

١- الشعور بعدم الأمن: Felling of Unsecurity:

إن الأطفال الذين يشعرون بقلة الأمن لا يستطيعون المغامرة ولا يستطيعون تعريض أنفسهم للآخرين تنقصهم الثقة والاعتماد على النفس. إن عملية نموهم وشعورهم بالأذى والمجازفة هي مخاطر اجتماعية. يخيفهم إنهم، مغمورون مسبقاً بعدم الشعور بالأمن إنهم لا يعرفون ما يدور حولهم بسبب موقفهم الخائف إنهم لا يمارسون المهارات الاجتماعية ، إنهم سيصبحوا أخجل بسبب قلة التدريب وبسبب الحاجة إلى التغذية الراجعة من الآخرين.

٢- الحماية الزائدة Over Protection

إن الأطفال الذين تقدم لهم حماية زائدة من والديهم غالباً ما يصبحون غير نشيطين ومعتمدين ويرجع ذلك بسبب الفرص المحدودة لديهم للمغامرة إنهم يصبحون سلبيين خجولين. إن هذا النمط من تربية الأطفال غالباً ما يقود للخوف. إنهم لم يتعلموا الثقة بأنفسهم وبالتعامل بنجاح مع البيئة أو الآخرين، إن بعض الآباء يعتقدون بأن أطفالهم لا يستطيعون العناية بأنفسهم وهم بحاجة إلى حماية مستمرة من جميع المخاطر، إن الآباء الهيابون يصبحون مهتمون جداً بأن يحملوا خلفهم من العالم المخيف والقاسي. إن الشعور بالذنب يقود بعض الآباء أن يشعروا بالذنب بسبب قلة الاهتمام بأطفالهم، إن الأطفال الذين تقدم لهم حماية زائدة يخجلون من الآخرين وعندما يكون ذلك في صالحهم لذلك فإنهم لا يستطيعون أن يأخذوا أو يعملوا مع الآخرين.

٣- **عدم الاهتمام**: Disinterest:

إن بعض الآباء يظهرون قلة اهتمام بأطفالهم إن هذا النقص العام بالاهتمام بالأطفال يؤدي إلى شعورهم بالدونية والنقص ويشجع على وجود الاعتمادية عندهم، إن عدم اهتمام الوالدين بالأطفال يؤدي إلى وجود شخصية خائفة وخجولة تشعر هؤلاء الأطفال بأنهم لا يستحقون الاحترام كما تصبح عندهم عدم الثقة الداخلية الضرورية للمخاطرة في المجتمع.

٤- **النقد**: Criticism

إن الآباء الذين ينتقدون علانية أطفالهم يساعدون على وجود الخوف عندهم لأن هؤلاء الأطفال يتلقون استجابات سالبة من الراشدين، إنهم يصبحون مترددين وغير متأكدين وخجولين إن الآباء قد يكونوا ناقدين لأنها هي تلك الطريقة التي ربوا عليها وإنها تبدوا طبيعية. إن بعض الآباء يعتقدون أن النقد هو أسلوب أو طريقة جيدة وضرورية لتعليم الأطفال كيف يتصرفون، إن النتيجة للنقد المتزايد هي طفل خجول وخائف.

٥- **المضايقة**: Teasing:

إن الأطفال الذين يُضايقون أو يسخر بهم سوف يصبحون خجلين يسخر الآباء والإخوان من الأطفال الذين يجرحهم النقد ويستجيبون بالانسحاب من أمام الآخرين.

إنهم خائفون وحساسون جداً من أن يُحكم عليهم أو يرفضوا أو يربكوا، إن الأطفال الأصغر من إخوانهم غالباً ما يضايقون وتساء معاملتهم

من إخوانهم وأخواتهم. والنتيجة هي طفل مرتبك وخجول، والشيء الأكثر خطورة هو انتقاد الأطفال على محاولاتهم بالاتصال مع الآخرين.

٦- **عدم الثبات:** Inconsistent:

إن أسلوب التناقض وعدم الثبات في معاملة الطفل وترتيبه يساعد على وجود الخجل لذلك قد يكون الوالدان حازمين جداً Strict في بعض الوقت، وقد يكونا متساهلين جداً في بعض الأوقات Lenient وقد يكونا مهتمين جداً وفي أوقات أخرى. والنتيجة يصبح الأطفال غير آمنين ولا يعرفون التنبؤ بماذا سيكون عليه تصرف والديهم. وفي هذه الحالة سيكونون خجولين في كل من البيت والمدرسة، ربما يكون بعض الأطفال خجولين فقط في البيت ولكن لا يكونون كذلك مع الآخرين، إن هؤلاء الأطفال يضيعون وقتهم عبثاً في البحث عن أناس ثابتون في معاملتهم معهم.

٧- **التهديد:** Threatening:

يهدد الآباء الأطفال وقد لا ينفذون تهديداتهم أو غالباً ما يهدد بها الآباء وينفذوها أحياناً وكذلك لا يتقبل الآباء الطفل وذلك بعدم إظهار الحب له لذلك يصبح عند الأطفال رد فعل على التهديدات المستمرة بالخوف والخجل، إنهم ينسحبون كوسائل لتجنب إمكانية حدوث هذه التهديدات ولذلك يكون موقفهم Posture نحو الناس دفاعياً.

٨- **تدليل المعلم:** Teacher's Pet:

يصبح بعض الأطفال معتمدين على المعلم ويعززون هذا السلوك فيهم لأنه يحب الأطفال الجميلين والخجولين والنتيجة أن هؤلاء الأطفال يصبحون معتمدين على الكبار ويصبحوا خجولين من أصدقائهم وأقرانهم.

٩- **اللقب بالخجل:** Self-Labelas Shy:

يتقبل بعض الأطفال أنفسهم بأنهم خجولين كصفة ملازمة لهم، كما لو أنهم يريدون أن يبرهنوا على أنهم خجولين إنهم لا يعتقدون بأن أي إطراء أو مديح لهم يمكن أن يكون حقيقياً إنهم يعتقدون بأنهم خجولين وأن هذه هي شخصيتهم وربما أنهم يشعرون بالدونية فإنهم يتجنبون الاتصال بالآخرين لكي لا يكشف أحد هذه الدونية. إن إحساسهم بالدونية يمنعهم من الوصول إلى ما يريدون، إن التحدث السلبي مع النفس هو شيء مألوف عندهم فهم يقولون إنني لا أستطيع أن أتحدث مع أي شخص، إنني أعرف بأنهم يكرهونني، كأن من الأفضل ألا أتحدث بشيء لأنني أبدو كالأبله.

١٠- **المزاج أو الإعاقة الجسدية :**

Temperament or Physical Handicap

بعض الأطفال يبدون خجولين منذ الولادة والخجل في هذه الحالة يكون وراثياً، بعض الأطفال مزعجين ومنسجمين Outgoing بينما أطفال آخرون يكونون هادئين راضين عن أنفسهم، إن هذا النمط قد يستمر خلال سنين حياتهم.

إن الإعاقات الجسدية غالباً ما تسبب الخجل والشعور بالدونية اللــذان يقودان الأطفال لأن يصبحوا حساسين جداً. إنهم يتجنبون الآخرين لكــي لا ينظر إليهم أحد أو يتحدث عنهم، كما أن هناك إعاقات لها علاقة بــصعوبات التعلم أو مشاكل اللغة تقود الأطفال للانسحاب اجتماعياً.

١١- النموذج الأبوي: Parental Modeling:

إن الآباء الخجولين غالباً ما يكون لديهم أطفالاً خجولين، هناك ارتباط بين الخجل الوراثي والعيش مع نماذج خجولة من الناس، يرغب الأطفال أن يعيشوا أسلوب حياة الخجل كما يراه والديهم، إن اتصالاتهم الاجتماعية قليلة جداً، يسمع الأطفال آبائهم وهم ينتقدون الناس الآخــرين بعبــارات ســاخرة وبذلك يشجعون أبنائهم على الابتعاد عنهم وعدم الثقة بهم.

- **طرق الوقاية والعلاج:**

أ) طرق الوقاية:

١- شجع وكافئ أن يكون الأطفال اجتماعيون:

Encourage and Reward Socializing

منذ الطفولة المبكرة قدم خبرات سارة وسعيدة للأطفال بقدر الإمكان: إن زيارات الناس الذين عندهم أطفالاً من نفس العمر شــيء مفيــد ونــافع، الرحلات الخاصة مع طفل أو اثنين يمكن أن يكون شــيئاً ممتعــاً، إذا كــان الطفل خجولاً بشكل خاص فإنه يُنصح بذهاب طفلين متفتحين معه أو يــذهب

معه أصدقاءه في الرحلات إنه يجب علينا أن نعزز أن يكون الطفل اجتماعياً، عندما يلعب الأطفال أو يتحدثون بلطافة عليك أن تبتسم وأن تعلق وتقول كم من الجميل أن يتمتع كل إنسان بوقت جميل، تستطيع أن تقدم الحلوى والهدايا Treats وتعطيها للأطفال فقط عندما يتصرفون بشكل جيد لا تقدمها عندما يكون الأطفال منزعجين أو مشوشين أو يكونوا صامتين، بعض الآباء يعززون السلوك الخجل عند الأطفال عن غير قصد عندما يفعلون أشياء جميلة في محاولة منهم لجعل المواقف السيئة جيدة وأن كل محاولة يقوم بها الأطفال لكي يكونوا اجتماعيين يجب مكافأتها بكلمة جيدة بسيطة أو بإشارة أو وضع اليد على الكتف. يجب أن لا يُترك الأطفال معزولين عن الآخرين ولفترات طويلة ويجب منعهم من مشاهدة التلفاز لساعات طويلة وبشكل منعزل ومن المفيد مساعدة الأطفال على أن يفهموا معنى المناسبات الاجتماعية. عليك أن تفسر مشاعر الآخرين وتفكيرهم وتصرفاتهم،

إن معنى سلوك الآخرين نحوك أو عدم اتصالهم يعود إلى أن الأطفال الذين يعرفون بعضهم البعض ولا يقبلون بسهولة القادمين الجدد، يقول الأب لابنه إن هذا لا يعني بأنهم لا يحبونك أو انك طفل مخيف، يجب أن يتعلم الأطفال كيف يتصرفون بطريقة لائقة اجتماعياً تناسب عمرهم إن بعض الأطفال هم بحاجة إلى ذلك أكثر من الآخرين ولكن الجميع يستطيع أن يستفيد من الإرشاد ومن المقترحات. (حسين، ١٩٩٩).

٢- شجّع الثقة بالنفس

Encourage Self- Confidence and Maturakness

يجب أن يُشجع الأطفال وأن يمتدحوا لكونهم واثقين من أنفسهم وعندما يتصرفوا بطريقة طبيعية تستطيع أن تعبر عن رأيك بصراحة عندما يلعب الأطفال ويتحدثوا بحرية يجب احترامهم مع ذلك ويجب أن يتعلموا أنه ليس من الضروري أن ينسجموا مع كل شخص شيء طبيعي أن يحبهم بعض الناس وأن يكرهم أناس آخرون، وفي البيت يجب أن يتعلم الأطفال كيف يتحملوا مضايقة الآخرين بدون رد فعل ويجب معالجة الصراعات والضيق ويجب عدم التهرب منها. ويُسيء الكبار تقدير القوة، قوة منع المشاكل بواسطة المشاركة في المشاكل وإعداد الأطفال للتكيف معها، من المهم أن لا تعزز عن غير قصد الخجل بالغضب والاهتمام الزائد، يجب أن لا يقدم الحماية الزائدة للأطفال، إن الثقة بالنفس لا تبنى بواسطة اتخاذ القرارات بالنيابة عن الأطفال.

٣- شجع السيادة ومهارات النمو

Encourage Mastry&Skill Development

يجب مساعدة الأطفال الصغار لكي يشعروا باللياقة والأهمية. إن احترامهم لذاتهم متعلق بقدرتهم على السيطرة على البيئة، يجب أن تقدم لهم أعمالاً يمكن تحديدها بشكل لطيف لكي يشعروا دائماً بالنجاح أفضل من انتظار الأشياء الجيدة لكي تحدث، حيث تشجيع الأطفال أن ينجزوا الشيء الذي يرغبون فيه.

٤- قدّم جواً دافئاً ومتقبلاً

Provide Awarm and Accepting Atmosphere

إن الحب والانتباه لا يفسدان الأطفال، كلما كان الأطفال متقبلين كلما كانوا أفضل يجب أن يسمح للأطفال أن يقولوا لا للمواقف التي لا يرغبونها، ويجب احترام استقلاليتهم، ويجب احترامهم حتى لو لم يتفقوا معك " العبارة أن الأطفال يجب أن نراهم ولا نسمعهم "، مثل هذه العبارة يجب الابتعاد عنها، يشعر الأطفال بالحب وبالتقبل وبالأمن عندما يمارسون الاحترام الايجابي غير المشروط، إنك تشجع التقبل الأساسي عندهم كأناس حتى لو أنك لم تحب سلوكاً معيناً فيهم، ويجب أن يشعروا بأنهم ينتمون للأسرة وإنهم جاءوا لنقدم لهم الدعم كلما كان ذلك ضرورياً وبدون ارتباك يجب أن تقدم لهم المساعدة والاقتراحات بشكل معقول وبحرية.

ب) العلاج:

٥- علّم وكافئ المهارات الاجتماعية:

Teach and Reward Social Skills

إن أي جهد في الاتصال مع الناس يجب امتداحه أو مكافأته بطريقة ما. يستطيع الأطفال أن يكسبوا النقاط على اشتراكهم في أي سلوك اجتماعي كما يجب أن يكون نظام النقطة مصمماً بحيث يعطي نقاطاً أعلى للاشتراك في النشاطات الاجتماعية مثل (الذهاب إلى الحفلة أو التحدث مع أطفال عديدون) ويمكن مقايضة هذه النقاط بأشياء يحبها الأطفال ومن الضروري

مكافأة الخطوات الصغيرة مثل الاقتراب أقـرب فـأقرب مـن الآخـرين أو اصطحابك عند الباب لاستقبال الزوار (بدون أن يتكلم الطفل) وبعـد فتـرة يتمكن الطفل بنفسه من استقبال الناس لوحده، بينما أنت تكافئ التقدم. لا تنتقد الأطفال، إن الأطفال الذين يجب أن يكونوا أقل خجلاً يجب أن يشاركوا فـي العملية مثلاً تُقدم لهم طاولة ويُطلب منهم أن يعدوا عدد المرات خلال النهار الذين اختلطوا فيها مع الآخرين، بعض الأطفال يستجيبوا للإطراء والمكافآت على إظهار مزيد من الاتصال الاجتماعي، على أية حال إن أطفالاً كثيـرون يحتاجون إلى تعلم المهارات الاجتماعية، إذ شعر الأطفال أنك بجانبهم وأنـك لست ناقداً وإنك تساعدهم فإنك سوف تكون ناجحاً في تغيير أنماط الـسلوك الخجل، علّم الأطفال وقوي خطواتهم على تعلم وتطبيق المهارات الاجتماعية، يجب أن تمتدحهم وتحترمهم عندما يواجهـون صـعوبات وأن تقـدم لهـم اقتراحات لهم اقتراحات محددة تهتم بمعالجة المواقف الأخرى. (الـشربيني، مرجع سابق).

ويمكن أن تقسم مهارات التدريب الاجتماعي إلى الخطوات التالية:

١- التعليـم.

٢- التغذية الراجعة.

٣- التدريب السلوكي.

٤- التمثيل أو لعب الدور.

إن التعليم يتطلب التدريب الحقيقي على الطرق المختلفـة للتـصرف

والاتصال مع الناس، إن قول مرحباً هي أحياناً خطـوة كبيـرة للأطفـال، المهارات الأخرى هي إعطاء وتقبل الإطراء والابتسام وهزّ الرأس والموافقة والاتصال بالعين يجب أن يُعد الأطفال للتحدث وتعليمهم الأشياء التي تُمتـع الآخرين وتُهمهم وأن يتأكدوا بأن مـشاركة الآراء والمعلومـات هـو أمـر ضروري، وكذلك فإن الإصغاء الايجابي هو حل مناسب، يجـب أن يـتعلم الأطفال الاتصال بالآخرين الذين لهم آراء هامة إن التغذية الراجعة تـساعد الأطفال أن يفهموا ثمَّ يحسنوا من مهاراتهم.

إن التقليد يكون بتعليم الأطفال كيف يتصرفوا وعليك أن تشرح لهـم كأب المهارات الجيدة وأن تريهم كيف يفعلون ذلك التدريب علـى الـسلوك يحدث عندما يتدرب الأطفال على السلوك الاجتماعي الأفضل المتعلم بواسطة التعلم والتغذية الراجعة والتمثيل، إن لعب الدور هو الأسـلوب الـرئيس، إن الأطفال هم ممثلون حقيقيون وهم يمثلون المشاكل، يُسأل الطفل ماذا سـيقول ويفعل إذا مثّل أدواراً مختلفة دراماتيكية، من السهل أن ترى كيـف نـصبح اجتماعيين في هذه المسرحية. هناك طريق قوي آخـر أن تجعـل الأطفـال الخجولين يمثلون كأطفال مألوفين. إن الدور العكـسي مفيـداً جـداً Role Reversal عليك أن تجعل الأطفال يختارون البدائل للسلوك، يمكن أن تجعل الطفل يلعب دور الخجول مضيفاً ويجرب بعض السلوكيات التي شرحتها أما إذا أصبح استعمال بليدين Stuck فإنك تستطيع أن تقدم لهـم اقتراحـات، إن الأطفال تحت ٩سنوات يحبون استعمال الألعاب وهذه تقوم بـنفس الهـدف ولكنها تجعل الموقف أبعد كثيراً وأقل تهديداً للأطفال الصغار، إن الألعـاب تتحدث وتتفاعل.

١- إضعاف الحساسية بالخجل: Desesitize Shyness:

يستطيع الأطفال أن يتعلموا بأن المواقف الاجتماعية ليس بالضرورة أن تكون مخيفة يمكن أن يهدؤوا عند المواقف ويصبحوا أكثر اجتماعية تدريجياً، ويجب الاستفادة من تخيلهم بشكل بناء، يتعلم الأطفال كيف يرخوا عضلاتهم في غرفتهم يستطيعوا تخيل خطوات صغيرة غير قادرين على اتخاذها، يستطيعوا أن يتخيلوا أنفسهم يقولون مرحباً لشخص في حفلة تدريجية يفكروا بأنفسهم وهم يقومون بعمل سلوك اجتماعي كانوا يخافونه في السابق، شيء هام بأن يشاركوا في هذه السلوكيات قليلاً في وقت ما في مواقف حقيقية، إن حساسيتهم ستقل تدريجياً نحو المشاعر السالبة المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي، تستطيع أن تساعدهم بتقديم مواقف جديدة تكون سارة بأكبر قدر ممكن، يمكن دعوة صديق أو صديقين لزيارة الطفل، وعند حضور الحفلة فأن الطفل يمكن أن يكون مصحوباً بطفل آخر، وفي الحفلات يستطيع الطفل القيام بعمل بناء لتجنبه الإرباك، قدم للأطفال عملاً بناءً يستطيعون القيام به مثل التنظيف أو الخدمة يجب أن لا تعمل لهم ضجة أمام الآخرين، إن الأطفال الصغار الخجولين يجب أن يُقدموا تدريجياً إلى لعب أصعب ولمجموعات أكبر، يجب تشجيع الأطفال الذين لا توجد عندهم مهارات الاتصال أن يتصلوا بالآخرين بشكل غير مباشر ومن خلال الرسومات ومن المقبول أن نناقش معهم الرسومات، يمكن ممارسة التدريبات العديدة مثل النظر في المرآة ووصف أنفسهم أو التحدث عن موضوع وهناك طريقة أخرى وهي أن تستأجر صديق يُعرف الطفل على المواقف المختلفة، إن وجود هذا الصديق يجعل الطفل يشعر بأنه جيد وآمن بما فيه الكفاية لأن

يغامر اجتماعياً. إن ذلك سوف يجعله يختلط بالآخرين بشكل أسهل وجعلــه قادراً على زيارة بعض الأماكن، هناك علاج عكسي وهو أن تطلــب مــن الطفل أن يظهر للآخرين خجله بعدها يشعر الطفل بالاسترخاء ويظهر حبــه للإحباط بالآخرين. (فضة مرجع سابق) تشجيع توكيد الذات Encouraging Assertiveness.

يجب أن يتعلم الأطفال أن يسألوا بصراحة مــا يريــدون، يجــب أن يتعلموا كيف يتغلبوا على خوفهم وارتباكهم من أجل التعبير عــن أنفــسهم، وعليهم أن يقولوا " لا " عندما لا يريدون أن يفعلوا شيئاً، الكثير من الأطفال غير قادرين على رفض عمل شيء ما لذلك يفعلوا للآخرين ما يريدون ومن ثمَّ يشعرون بالاستياء من الآخرين وأيضاً يشعرون بالاستياء مــن ضــعفهم الشخصي، يستطيع الأطفال أن يتعلموا أن يقولــوا ردود أفعــالهم للآخــرين خاصة عندما يسبب سلوك شخص منهم ما مشاعر سالبة أو موجبة لديهم.

يستطيع الطفل أن يقول ذلك له علانية جزء من هذه العملية هو إعداد الأطفال لأن يكونوا قادرين أن يتقبلوا ردود الأفعال الــسالبة الممكنــة مــن الآخرين ويجب مناقشة توكيد الذات عندهم كحــق أساســي، ولــيس مــن الضروري أن يصبح الطفل عاجزاً Incapcitad بسبب سلوك الآخرين، ومن الجيد أن تجعل الأطفال هؤلاء يساعدون طفلاً أصغر أو أطفالاً أقل تكيفاً في التعليم أو يقوموا بأعمال خفيفة أو يلعبوا الألعاب، يــستطيع الآبــاء تقــديم معلومات للأطفال تساعدهم على توكيد ذاتهم بشكل مناسب، يمكن اســتعمال لعب الدور وكذلك فإن السلوك ألتوكيدي يشار إليه ويعــاد تمثيلــه بطريقــة مُحسّنة يتعلم الأطفال كيف يحللوا المواقف بأنفسهم وكيف يستجيبوا للتغذيــة

الراجعة، تستطيع أن تناقش بصراحة Forthright المواقف الحياتية الحقيقية.

٢- استغل الطفل في مسرحية موجهة أو في تدريب مهارات جماعية:

Enrole Child in Supervised Play or Group Skill Training

عندما يشترك الأطفال الخجلون في تدريبات جماعيـة فـإن بعـض المحادثات والتفاعلات يجب أن تحدث طبعاً ولابد من وجود قائـد حـساس للمجموعة، يجب أن يتحدث الآباء للقائد عن أطفالهم وأن يقدموا اقتراحاتهم.

إن الألعاب الصامتة أو الألعاب التحذيرية Charades هـذه يمكـن تجعل الطفل يعبر عن نفسه أمام الآخرين، يمكن السؤال عن أسماء الأفلام أو الكتب أو الحوادث وإن على المجموعة أن تعرفها، يجب على قادة المجموعة أن يعززوا الأطفال كثيراً إذا ما كسبوا نقاطاً من خـلال هـذه النـشاطات، وبعض الأطفال يستطيعون الاشتراك في رسومات مع الآخرين ومناقـشتها أيضاً معهم، يستجيب الأطفال للعب مع أطفال اصغر وغيـر خجـولين وأن اللعب مع الأقارب الصغار هو خطوة أولى للعب مع الأقـران، وفـي هـذه الحالة يُجر الأطفال الخجولين للعب في الألعاب بشكل طبيعي، إن القائد يجب أن يشغل الأطفال في ألعاب نشيطة وفعالة في المجموعة، يجـب أن تختـار الألعاب حيث يساعد الأطفال بعضهم البعض ويـستطيعوا الاتـصال أيـضا (ألعاب مثل الشدة والشطرنج Chlieckers هذه غير ملائمة) أما النـشاطات مثل التنزه على الأقدام Hiking أو السباق والألعاب المـسرحية يمكـن أن تستخدم لتشجيع التعاون والمحادثات.

إن الموسيقى وألعاب القوى والرسومات والالكترونيات هي مجالات تنمي الأطفال وتجعلهم متقبلين من قبل أندادهم، يُظهر الآخرون الإعجاب والاهتمام عندما يطور الطفل مهارة في أي مجال من هذه المجالات.

٣- **شجع التحدث الايجابي مع النفس: Teach Positive Self-Talk:**

إن أحد المظاهر المدمرة للطفل هو أن يعتقد شخصيته خجولة، الطفل الخجول يؤكد نفسه أنه خجول ولا يستطيع الاتصال مع الآخرين ولأنه يفسر الحوادث بنظرته الخجولة وباستمرار. نستطيع تعليم الأطفال بأن الخجل هو سلوك يقوم به الأطفال أو الناس وأن الخجل ليس شيئاً ملازماً لهم أو أنه شيء طبيعي فيهم، هذا ما يبدد الاعتقاد الخاطئ الذي يقول بأنهم جبلوا كذلك، وعندما تغير سلوكيات الأطفال فإن الخجل يختفي يتعلم الأطفال الإثارة ليصبحوا مغامرين ويحبون المخاطرة، علّم الأطفال وفسر لهم كيف يمكن المخاطرة وعلى خطوات وفي الحفلة. علّم الأطفال أن يقولوا مرحباً لكل شخص وفي الحفلة القادمة يجب أن يشترك الطفل في محادثة مع طفل عزيز جداً ساعد طفل آخر بحاجة للمساعدة، فالبنت الخجولة والتي عمرها ١٤ عاماً بدلاً من أن تبقى بعيدة وغير مألوفة يجب أن تنظر إلى نفسها على أنها رائعة. يجب شرح التحدث مع النفس بطريقة طبيعية ، عندما يكون الطفل مع أناس هامين علمّه أن يفكر في انجازاته أفضل من أن يفكر كيف أن هؤلاء الأشخاص أهمَّ منه، حلل مشكلة طفلك ,قدم له اقتراحات محددة خاصة على الجمل السالبة التي يقولها لكي يتجنبها. وعلمه أن يقول حديثاً ايجابياً.

يجب أن يتوقف الطفل عن قول مثل هذه الأقوال " أنا لست جيداً إنني ...ول " " لا فائدة مني أنني خجول ولا استطيع أن أتحدث مع أحد "

" أنا عصبي جداً وأنا لن أتغير " " من سوف يهتم لأحمق مثلـــي ". " إذا مـــا تحدثت بشيء فإنني سأكون غبياً وأن كل شخص سوف يضحك مني "عليــك أن تعلم الأطفال بأن العبارات الايجابية هي حقيقة ومساعدة لهم، فيقول الطفل " أنا حقاً جيد " أنا أعرف كما يعرف أي شخص آخر، " حتى لو لم يحبنـــي الناس سوف أقول ما أريده "، " أستطيع أن احتملها حتى ولو قال عني الناس بأنني غبي "، " إن العالم لن ينتهي إذا ضحك مني الناس ". إن الآباء كثيراً ما يسيئون فهم الفائدة من التحدث الايجابي مع النفس لإزالة المشاعر السالبة، لقد استخدم المعالجون النفسيون طرقاً فنية مثل العلاج العاطفي والعقلانـــي، والتي هي وسائل للتحدث مع النفس إن الفكرة الأساسية هي أن تغير الطريقة التي يفكر بها الناس عن أنفسهم إنها ليست غلطتي بأن الأطفال يتــضايقون كثيراً، إنني أشعر بأني جيد حتى لو فكر بعــض الأطفـــال بـــأنني غريـــب ويستطيع الآباء أن يوجهوا تحدي معتقدات الطفل غير العقلانية في أن يكون تاماً وبدون أخطاء أو أن يريد أن يحصل على التقبل التام من جميع النـــاس أو كونه لا يستطيع تحمل أي نوع من أنواع النقـد أو العـــدوان وبممارســـة التفكير الايجابي والتدريب على سلوكيات جديـــدة هنـــاك إمكانيـــة بزيـــادة الاتجاهات الايجابية وبالتحسين التدريجي للاتصال مع الآخـــرين. (العـــزة، مرجع سابق).

ثامناً: مص الأصابع Thumb Sucking

- **مفهوم مص الأصبع ومظاهره:**

تعتبر عادة مص الأصابع شائعة عن الأطفال وخاصة في السنة الأولى والثانية، حتى ليمكن القول إنها عرف عندهم بدلاً من تسميتها عادات، ولهذا يمكن اعتبار مص الأصابع سلوكاً في الطفولة المبكرة، ومن أكثر العادات انتشاراً بين الأطفال، وهي تتبع سلسلة من التنظيمات الحركية العضلية النافعة للطفل والمؤدية إلى الإشباع وحدوث اللذة. فالمص والعض وسيلتان لإثارة إحساسات عضوية لذيذة يتمسك بها الطفل. بيد أن الأطفال يتفاوتون فيما بينهم تفاوتاً كبيراً فيما يتعلق بالتمسك بتلك العادات والقدرة على التخلص منها. فقد تكون عند البعض عابرة وتقل مع التقدم في العمر، في حين أنها تستمر عند البعض الآخر.

وقد دلت الدراسات أن ٤٠% ممن هم في عمر سنة واحدة و ٢٠% ممن هم في عمر خمس سنوات و٥% ممن هم في عمر ١٠سنوات يمتصون أصابعهم بشكل واضح في الولايات المتحدة الأمريكية (شيفر، وآخرون، مرجع سابق).

كما لاحظ (Klackenberg ,1989) أن نصف عدد الأطفال الذين درسهم وعددهم (٢٥٩) طفلاً ممن كانوا يمصون أصابعهم كانوا في سن عام واحد.

كما وجد (Brazyelton ,1986) أن ٩٠% من مجموعة الأطفال

وعددهم " ٧٠ " طفلاً متفوقين في نموهم كانوا يمصون أصابعهم خلال العام الأول من عمرهم وعندما أكملوا عاماً من عمـــرهم وجـــد أن أربعـــة فقـــط استمروا في المص.

وهكذا فإن معظم الأطفال يتخلصون من هذه العادة مع الزمن بـــشكل طبيعي، إلا أن عدد قليلاً منهم يستمر حتى سن المراهقة أو الرشد.

وأظهرت بحوث شيفر، وآخرون أن الأطفال الذين يمصون أصابعهم بشكل متكرر في السنوات الأولى من العمر، سيقلع منهم حوالي ٥٠% عـــن هذه العادات في عمر خمس سنوات، و ٧٥% منهم سيتركها فـــي عمـــر ٨ سنوات، و ٩٠% منهم سيتخلص منها في عمر عشر سنوات. هذا وينتـــشر مص الأصابع المزمن بين الإناث أكثر منه عند الذكور.

فقد تتبعت " Yarrow, 1994 " ٦٦ طفلاً منهم ٢٨ ولداً، و ٣٨بنتـــاً لعدة سنوات، وقد ذكرت أن ثلثي الأطفال كانوا يمتصون إبهامهم (٦٤%) من وقت إلى آخر خلال فترة البحث، كما وجدت أن عدد البنات اللاتي يمصصن أصابعهن أكثر بعض الشيء من عدد الأولاد وأن نصف عدد الذين يمتصون أصابعهم مازالوا يمتصونها حتى سن الرابعة.

لذا فظاهرة مص الأصابع تعبر عن صورة من صور النمو التي قـــد تزود الطفل بالارتياح والاطمئنان، وهي لا تدل على أنها تمثـــل أعراضـــاً عصابية في كل الحالات، وإن كانت مؤشراً قد تكون له دلالة علـــى ســـوء التوافق ودلالة على خيبة الآباء في عملية التربية. وإذا استمرت إلى سن مـــا

بعد السادسة من العمر فإنها تدل على وجود الاضطراب النفسي لدى الطفل مما يتحتم البحث عن الأسباب وسبل العلاج.

- **الأسباب:**

يعتبر المص بحد ذاته دافعاً قوياً عند الصغار، حتى أن بعض الدراسات أظهرت أن بعض الأجنة تمص أصابعها من وهي في بطون أمهاتها.

ولكن هناك الرضع الذين لا يمصون أصابعهم من أجل الغذاء بل لأنهم يجدون في ذلك متعة وشعوراً بالسعادة والراحة والاسترخاء واللعب والحركة، ولذلك يقبلون على تكرارها باستمرار.

لكن هناك من الأطفال من تظل لديه الرغبة في مص أصابعه حتى بعد الفطام، ويلجأ إليهما كلما وقع في أزمة نفسية أو موقف إحباطي، أو عندما يوجد مع أشخاص غرباء، أو عندما يترك وحيداً، ومن المعروف فإنه إذا ما أعاق استجابة الطفل الموجهة نحو هدف معين أي عائق، يسعى الطفل إلى البحث عن فرص أخرى لأداء الاستجابة المشبعة البديلة، أو قد يلجأ إلى مص الأصابع. فهذه العادة تدل على عدم الاستقرار الانفعالي ودليل على الاضطراب النفسي.

وينظر أصحاب نظرية التحليل النفسي إلى عملية المص على أنها مصدر كبير لرضا الطفل أكثر من كونها مجرد إشباع للمطالب الغذائية، وقد أعطيت أهمية كبيرة للذة الفمية في مجال النمو النفسي واعتبر على انه

نكوص إلى المرحلة الفمية خاصة عندما يتخلى عنها الطفل ويعود إليها ثانية عند شعوره بعدم الأمن، أو توقع العقاب الشديد.

ويذكر بعض المحللين النفسيين أن الحاجة إلى الامتــصاص غريــزة تتطلب الإشباع، فإذا لم يحدث الإشباع الكافي من خلال الامتصاص للطعــام فإنه يستكمل عن طريق مص الأصابع، أو مص الزجاجــة الفارغــة أو أي شيء يمكن أن يجده حوله. وقــد أجــرى (David Levy) ملاحظــة علــى مجموعة من عجول البقر الرضيعة والتي يرضع بعضها من ثدي الأم فــي حين أن البعض الآخر يشرب اللبن من إناء، وقد استنتج أن العجول الرضيعة التي تناولت اللبن من الإناء أظهرت عملية امتصاص أكبر من العجول التي رضعت من الثدي، وظهر سلوكها على شكل مص آذان العجول الأخرى.

كما أجرى " Levy " تجربة أخرى على الجراء (كــلاب رضــيعة) حيث غذي ثلاثة منها من زجاجات يتدفق منها اللبن ببطء، وغذي ثلاثة جراء أخرى من زجاجات يتدفق اللبن منها بسرعة، وقد لاحظ أن الجراء الأخيــرة قامت بالامتصاص أكثر من الأولى رغم امتصاص كل الحليب من الزجاجات من قبل مجموعة الجراء.

كما لاحظت " 1988, Kunst " ظاهرة امتصاص الإبهام والأصــابع على (١٤٣) رضيعاً في أحد ملاجئ الأيتام، وأن هذا الامتصاص يزداد كلما طالت الفترة التي تلي تغذية الطفل سواء أكان نائماً أم مستيقظاً.

وهناك تجربة قان بهــا ســيرز ووايــر (1983, Sears and Wise)

لإثبات صحة نظرية التحليل النفسية، إذ درسا (٨٠ طفلاً) عادياً تتراوح أعمارهم بين ٢,٣ سنة و ٧,١٠ سنوات وذلك من أجل معرفة:

- كيف كانت طريقة تغذيتهم؟
- مدة حصولهم على الغذاء عن طريق الامتصاص.
- الطريقة التي تمت بها عملية الفطام ومدى قسوتها.
- ما هي الفروق الهامة الموجودة؟

فبعض هؤلاء تمت تغذيتهم منذ الميلاد عن طريق الكوب، في حين أن البعض الآخر بدأت تغذيتهم بالكوب بعد أسبوعين من الميلاد.

وقد صنفت المجموعة من حيث الفطام إلى:

فطام مبكر ـ فطام متوسط ـ فطام متأخر.

وطبقاً للنظرية الغريزية في التحليل النفسي فإن من المتوقع أن نجد أن المجموعة التي تم فطامها مبكراً سيكون الفطام أكثر إحباطا لها وستكون أكثر مصاً لأصابعها.

لكن الدراسة أثبتت العكس فقد كان الأطفال المتأخرون في فطامهم هم الأكثر شعوراً بالإحباط والأكثر رغبة في مص الأصابع من المجموعات الأخرى، أو بمعنى أن الفروق كانت في الاتجاه المضاد لما تقول نظرية الغرائز.

أما نظرية التعليم فقد كان لها وجهة نظر أخرى فيما يتعلق بعملية

المص، فهي ترى أن الأطفال الذي يتناولون غذائهم عن طريق كوب الحليب سيكونون أقل ميلاً إلى عملية المص حتى المصحوب بتـدفق الغـذاء، أمـا الرضع الذين يتناولون غذاءهم عن طريق الثدي أو الزجاجة سيكونون أكثر ميلاً إلى عملية الامتصاص، كما أن الأطفال الذين يتناولون غـذاءهم عـن طريق الثدي يكونون أكثر ميلاً من الجميع إلى عملية المص.

ولهذا فقد أجرى (Davis, 1988) تجربة قسم فيها عينة من ٦٠ طفلاً إلى ثلاث مجموعات متساوية، الأولى تتغذى على أكواب الحليب، والثانيـة تتغذى من زجاجات الحليب، أما الثالثة فتتلقى غذاءها من ثـدي الأم وذلـك خلال الأيام العشرة الأولى من الحياة.

وقد دلت النتائج على أن الأطفال الذين تغذوا من ثدي الأم أكثر ميلاً إلى مص الأصبع من المجموعتين الآخرين لم تختلفا اختلافا بيناً في ذلك.

وتشير بعض الدراسات إلى أن عادة مص الأصابع عنـد الأطفـال العصبيين ليست سوى عرض من الأعراض العامة، حيث أن الطفل ينام قليلاً أو يتوقف في أكله، ويكثر بكاؤه وتصيبه نوبات كثيرة من الغضب، كما تبدو عليه دلالات أخرى من عدم استقرار الجهاز العصبي.

ولهذا يمكن اعتبار القلق أحد الأسباب الرئسية الكامنـة وراء عـادة مص الأطفال للأصابع، فالطفل في أثناء وجوده في جو مشحون بالانفعالات والقلق، ووجود أفراد عصابيين من حوله يجعله يكتسب هذه العـادة حولـه لتصبح سلوكاً ظاهراً لديه.

والجدير بالذكر فإن ضعف قدرة التلميذ على التحصيل كبقية زملائه يؤدي إلى شعوره بالتأخر الدراسي، مما ينجم عنه شعور بالنقص، ويجعل أحيانا اتجاهات المدرس سلبية (نبذ، إهمال ، اتهامه بالغباء . . إلخ) ويؤدي إلى ظهور عادة مص الأصابع لدى الطفل.

كما أن أساليب معاملة الوالدين في المنزل والتي تكون أحياناً غير مناسبة مع الطفل كالنقد المستمر له وتصرفاته، مع القسوة المفرطة في أثناء العمل معه، أو التدليل الزائد، أو التضارب في أساليب المعاملة بين الأم والأب. كل ذلك يؤدي إلى ظهور هذه العادة غير اللائقة اجتماعياً.

بالإضافة إلى ذلك فإن التغذية غير الكافية، أو التي تتم على فترات متباعدة أو حرمان الطفل من الطعام، كل ذلك يؤدي إلى لجوء الطفل إلى عملية مص الأصابع بالرغم من أنها لا تؤدي إلى إشباع حاجة الجوع لديه.

كما أن الإصابة ببعض الأمراض الجسمية مثل ضيق التنفس، والتهاب اللوزتين، والإصابة بالزوائد الأنفية، وسوء الهضم، واضطرابات الغدد، من شأنها أن تؤدي إلى ظهور هذه العادة.

كما أن عدم الاستقرار الناجم عن شعور الطفل بالعجز الجسمي أو العقلي (وما يصاحبه من ضعف في التركيز)، بالإضافة إلى حالات التخلف العقلي التي تؤدي إلى عدم استقرار الحركات العصبية لدى الطفل، كل ذلك يمكن أن يؤدي إلى عادة مص الأصابع.

إن هذه الأساليب التي يلجأ إليها الطفل في مواجهة مشكلاته ليست إلا أساليب سلبية تؤدي بالطفل إلى الانسحاب والعزلة والخجل في أثناء مواجهة المشكلات.

- **أضرار مص الأصبع:**

تشير الكثير من الدراسات وخاصة التي أجراهـا (1981,Johnson, 1989و1980, Lewis) إلى أن مـص الأصـابع لـه آثـار ضـارة فـي ظهور الأسنان الدائمة خلال العام السابع، كما يساعد على تكـوين المعنـى العدواني للعض.

كما أن عمر الطفل ومدة المص وشدته وحالة الفم كلهـا تـؤثر فـي إمكانية حدوث مشكلات في الأسنان، مما يؤدي إلى نتوء الأسنان إلى الخارج عادة وعدم أطباقها بشكل صحيح.

وتكون آثار مص الأصابع ضئيلة عادة إذا توقف المص قبل ظهـور الأسنان الدائمة.

بالإضافة إلى ذلك فقد لوحظ أن من يمص إصبعه أميل إلى أن يكون أقل احتمالاً لأن يستجيب إذا نودي باسمه.

كما أن من يمص إصبعه يميل في أثناء المص إلى الانقطـاع عـن العالم الخارجي ويصبح منهمكاً بذاته، ويكون حديثه العفوي مبتوراً، وتـزداد مشكلاته عندما يكبر ويصبح واعياً لسلوكه ألطفلي حيث يسخر منه الأطفـال الآخرون.

- **طرق الوقاية والعلاج:**

ماذا يستطيع الآباء والمربون أن يفعلوا كي يمنعوا حدوث مـص الأصـابع المزمن عن أطفالهم؟

فالكشف عن تربية الطفل إنما هو بما يقول وما يفعل.

وهناك عدة إجراءات يمكن من خلالها وقاية الطفل من عـادة مـص الأصابع أو علاجها في حالة وجودها، وخاصة في سن ما بعد الفطام أو بعد سن الثالثة من العمر. وأهم هذه الإجراءات ما يلي:

١- توفير الأمان للطفل:

إن شعور الطفل بالأمن والأمان يقلل ظاهرة مص الأصابع عنده، فإذا كان الطفل يعاني من صعوبات مدرسية، أو تنافس بين الأشقاء، أدى ذلك إلى ميله إلى مص الأصابع.

ولذلك لابُدَّ من تهيئة جو مريح للطفل في المنزل وأن يكـون آمنـاً، وهادئاً وسعيداً، وأن يكون علاقته مع والديه اقرب إلى الصداقة، مع إزالة كل مظاهر القلق والاضطراب والتوتر التي يتعرض لها الطفل والعمـل علـى حل صراعاته.

٢- التجاهل :

من الأفضل للآباء أن يتجاهلوا عادة مص الأصابع عند أبنائهم، وأن يصرفوا جانباً من العناية والقلق الذي يبدونه تجاه هذه الظاهرة، ونذكر الآباء بأن معظم الأطفال يقلعون عن هذه العادة بـــإرادتهم عنـــد خمـــس أو ســـت سنوات، وعادة قبل ظهور الأسنان الدائمة. زد على ذلك فإن تركيز الآبـــاء على عادة مص الأصابع عند أبنائهم يمكن أن يزيد المشكلة تعقيداً. فـــالنهي المستمر المصحوب بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكراهية تقـــوي هـــذه العادة عند الطفل وتدفعه إلى العناد والمقاومة وكسب الموقف لصالحه.

كما أن الطفل يظهر مشكلات انفعالية بالإضافة إلى مص الأصـــابع (خوف ، عدوان) فإن إيقاف مص الأصابع قد يعجل في ظهـــور مـــشكلات سلوكية أخرى مثل تقلص عضلات الوجه اللاإرادي مثلاً.

لذا من الأفضل عدم المبالغة في الانتباه إلى هذه العادة التي تختفـــي بمرور الوقت من خلال التوجيه والإرشاد، وإتباع موقف متسامح مع الأطفال الصغار الذين يمصون أصابعهم. وأظهر للطفل من خلال أقوالك وأفعالك أنك لا تعتبر مص الأصابع أمراً ذا أهمية كبيرة. ولابد من تركيز الجهود علـــى إرشاد الطفل على التخلص من هذه العادة شيئاً فشيئاً، وأن ننمي لدى الطفـــل الشعور بالسعادة والمحبة والقبول. وينصح في هذه الحالة في أثناء تجاهـــل عادة مص الأصابع عند الطفل أن نبقي الطفل مشغولاً بنشاطات هادفة بناءة بديلة بحيث تبقى اليدين مشغولتين، وأن توفر له مواد لعب متنوعة تـــستدعي الاستخدام الفعال ليديه مثل المعجون وأقلام التلوين.

٣- استخدام مصاصة كاذبة :

تؤيد البحوث الحديثة استخدام المصاصة كبديل لمص الأصابع. وقــد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يستخدمون المصاصة الكاذبة خلال الــسنة الأولى من العمر تظهر لديهم حالات مص الأصابع على نحــو قليــل فــي سنوات الطفولة اللاحقة.

٤- إطالة فترة الرضاعة :

لابُدَّ من إطالة فترة إرضاع الطفل خاصة إذا ظهر أنه يمص إصبعه بعد الانتهاء من الرضاعة مباشرة أو على فترات متكررة بين الرضعات.

ومن المفضل استخدام حلمة ثدي يسيل منها الحليب ببطء وإطالة فترة الرضاعة أكثر من الاسترخاء وعدم الاستعجال في نقل الطفل من برنـــامج رضاعة مرة كل ثلاث ساعات إلى برنامج مرة كل أربع ساعات. كما يمكن أيضاً تأخير فطام الطفل من ثدي الأم أو الرضاعة.

٥- الثواب والعقاب:

أن استخدام الثواب مثل المديح الاجتماعي أو تقــديم مكافــأة ماديـــة ملموسة. مثلاً الطعام والألعاب من قبل الآباء يساعد الأطفال فـــي الــسيطرة على عادة مص الأصابع. لذا فإن وضع نظام للتعزيز يقصر من حدوث مص الأصابع. فإذا كان إصبع الطفل جافاً يقوم الأب بوضع نجمة علـــى لوحـــة منشورة بشكل بارز. ويؤدي حصول الطفل على خمس نجوم إلى حــصوله على مكافأة مادية أو جائزة ومن ثمَّ يمكن أن يحصل على الجائزة على عشر

نجوم وهكذا.

وفي مقابل ذلك فإن فرض عقاب بسيط على الطفل في كل مرة يشاهد فيها وهو يمص إصبعه، يمكن أن يساعد في إضعاف هذه العادة عند الطفل. والعقوبة المألوفة هي سحب المعززات الايجابية مثل الامتناع عن شرح قصة للطفل قبل النوم، أو إغلاق التلفزيون لمدة خمس دقائق كلما شوهد الطفل وهو يضع إصبعه في فمه . . . وهكذا.

٦- **التوجيه:**

يمكن في حالة الأطفال الكبار الذين يستمرون في ممارسة هذه العادة في سنوات المدرسة إعطاء توجيهات تبين الآثار السلبية التي تنجم عن عادة مص الأصابع وأن يستثار فضول الطفل ليتعاون مع الوالدين في تصحيح هذه العادة من خلال الإقناع، وتذكيره دائماً إذا ما نسي واستمر في عادة مص الأصابع.

كما يمكن إبداء عدم الرضا عن هذه العادة الموجودة عند الطفل وإظهار الثقة بقدرته على التخلص أو التحدث عنها باستمرار كمشكلة لا حل لها.

وإذا باءت الجهود بالفشل يحذر من إرغام الطفل قصراً على التخلص من هذه العادة.

لأنه يمكن أن تتولد عند الطفل مشكلات انفعالية أكثر صعوبة وخطراً. كما يمكن للآباء والمربين من توجيه الأطفال لشغل أنفسهم بأنشطة

يدوية منتجة تشعرهم بقيمتهم وقدرتهم على مساعدة الآخرين من خلال القيام بأعمال كثيرة.

٧- الإيحاء:

من المعروف أن الأطفال سريعو التأثر بالإيحـاء، خاصـة عنـدما يكونون صغاراً جداً. ولذلك يمكن القول بصوت ناعم وأسلوب مهدهد ومنوم في أثناء استرخاء الطفل ونعاسه (إنك حقاً تكبر وتزداد ذكاءً يوما بعد يـوم، وقريباً سوف تبدأ بالذهاب إلى المدرسة مثل الأولاد الكبار، وسوف تـصبح كبيراً جداً ولن تمص إصبعك بعد الآن، كثير من الأطفال الصغار يمـصون أصابعهم وربما كنت أنا أيضاً أمص إصبعي عندما كنت طفلاً صغيراً، ولكن إذا كنت قد فعلت ذلك، فإنني عندما كبرت مثل الكثيرين من الأولاد والبنات الصغار، توقفت عن مص إصبعي لأنني كبرت، وسوف أراهن انـك أنـت أيضاً قريباً ستصبح كبيراً جداً بحيث لن تمص إصبعك بعـد الآن، وربمـا سيحدث ذلك في الشهر القادم، وربما سوف تصبح كبيراً جداً، أو ربما بعـد غد، بحيث عندما يدخل إبهامك في فمك سوف تقول: لا يا إصبع، لن أقـوم بمصك بعد الآن، لأنني أصبحت الآن كبيراً، عليك أن تبقى خارج فمي).

إن الكبار لا يقومون بمص أصابعهم، هذا ما يفعله فقـط النـاس الـصغار. سوف أصبح كبيراً، أنت يا سيد إصبع، ابعد خارج فمي. نعم يـا عزيـزي إنك تكبر وتزداد قوة وقريباً لن تمص إصبعك أبداً أبداً) (شيفر، وآخـرون، مرجع سابق).

٨- المكافأة:

توفير الهدايا، والأنشطة اللازمة والمناسبة للطفل مع توفير الهــدوء اللازم لممارسة فعالياته، وتنظيم فترات العمل والراحة، وتوفير بيئة صالحة يشعر فيها بالأمن والاستقرار النفسي.

٩- العناية الصحية:

ضرورة العناية الصحية والفحوص الطبية للتعرف علــى الأســباب الجسمية التي قد تساعد على ظهور الاضطرابات العصبية لديــه (حــسين، مرجع سابق).

تاسعاً: قضم الأظافر

- **مفهوم قضم الأظافر ومظاهره:**

قضم الأظافر من اضطرابات الوظائف الفمية مثل عدم الإحساس بالطعم أو عدم القدرة على البلع. وغيرها. ويظهر هذا النمط من السلوك واضحاً لدى الأطفال الذي تتراوح أعمارهم بين ٤-٥ سنوات وهي وسيلة يقوم بها الطفل من أجل تخفيف حدة التوتر والقلق والتخفيف منه، وكثيراً ما يقوم به بعض الأطفال نتيجة شعورهم بالضجر والغضب والملل.

وقد أكدت الدراسات العديدة أن هناك عدداً كبيراً من الأطفال والتلاميذ يقضمون أظافرهم من وقت إلى آخر وبدرجات مختلفة (قد يصل بعضها إلى أسفل مستوى الجزء العلوي من الجلد المحيط بالظفر). وأن عدداً منهم يستمرون في هذه العادة بشكل متكرر والى وقت متأخر، ودلت الدراسات أيضاً أن هذه الظاهرة تنتشر حتى بين طلبة الجامعات حيث يعاني منها ٢٥% - ٣٦% من مجموعة الطلبة. ولهذا نرى بأن قضم الأظافر عند الأطفال عبارة عن ظاهرة سلوكية تبدو على شكل قضم متكرر للأظافر، وتظهر من وقت إلى آخر وفي مناسبات معينة، ويكون من الصعب السيطرة عليها وتغييرها.

كما وجد أن هذه الظاهرة أكثر شيوعاً بين الإناث منها بين الذكور فقد وجد فالنشتاين، وآخرون (1995, Valenstine, et. al) من خلال دراستهم أن

حوالي ٦٠% من الذكور، و ٦٠% من الإناث بين سن ٨-١١ سنة من العمر يقضمون أظافرهم ولكن بدرجات مختلفة. وقد أظهرت الدراسة أيضاً أن الذكور يقضمون أظافرهم بشدة أكثر من البنات في الأعمار ما بين ٧-١٥ سنة وهذه الفروق دالة إحصائياً. أما في عمر أقل من سبع سنوات فيبدوا أن الذكور أقل قضماً حاداً من البنات. كما أظهرت الدراسة أن أكبر نسبة من القضم الحاد كانت في سن ١٢ سنة بالنسبة إلى الذكور.

أما عن موعد ظهور قضم الأظافر عند الأطفال فقد بينت إحدى الدراسات (منصور، ١٩٨٩) التي أجريت على الأطفال الذين يقضمون أظافرهم بحدة من كلا الجنسين في سن ٨-١١ سنوات أن ٥٣% من هؤلاء لا يعرفون متى يقضمون أظافرهم أو أنهم لا يقضمونها في أوقات معينة. وأن ٢٣% منهم يقضمون أظافرهم في السينما أو أمام التلفزيون، و ٨% يقضمون أظافرهم عند قراءة كتاب مثير أو سماع قصة أو رؤية حادثة مثيرة، من فيلم أو تلفزيون، في حين أن ١١% يميلون إلى قضم أظافرهم عند تركيز انتباههم في المدرسة.

لذا فإن هذه العادة تُعتبر من أكثر العادات صعوبة من حيث قابليتها للتغيير، إذ أن الذين يقضمون أظافرهم يكونون حساسين إلى استهجان المجتمع، لذا فإنهم يقضمون أظافرهم في أثناء عزلتهم.

- **الأسباب:**

يرى العديد من الباحثين أن ظاهرة قضم الأظافر تُعد طريقة للتخلص من التوتر والقلق كما تُعد أيضاً تعبيراً عن العدوان المكبوت والتكيف الوجداني السيئ (1989, Koch, 1995 Hadfield).

كما يرى بارتون هول (1987, Barton Holl)، أن أغلبية حالات قضم الأظافر الحاد تميز الأطفال ذوي النشاط الزائد والحيوية الزائدة وعدم الاستقرار. وقد يلجأ الأطفال إلى تقليد سلوك والديهم، إذ أن الطفل يقلد أباه أو أمه عندما يظهر عنده أو عندها هذه العادة لأنه يعتبرهما المثل الذي يجب أن يقتدي به. كما يُقلد الطفل زملاءه من التلاميذ الذين تظهر لديهم هذه العادة.

وهناك بعض الأسباب التي تؤدي إلى عدم استقرار الطفل انفعالياً هي:

أولاً: أسباب جسمية وراثية:

فقد تكون لدى الطفل حالة جسمية يتسبب عنها عدم الاستقرار والعصبية مثل الإصابة بالديدان، وتضخم اللوزتين، أو الزوائد الأنفية إلى جانب سوء الهضم والاضطرابات الغددية وكل ما يؤثر في الصحة العامة تأثيرا سيئاً.

أما من الناحية الوراثية فقد يرث الطفل بعض الخصائص التي تساعد على تكوين العصبية أو عدم الاستقرار عنده، وهذه الخصائص الوراثية تتفاعل مع البيئة وتكوّن حلقة متصلة تقوي كل منها الأخرى. (منصور، ١٩٩١).

كما قد تصاحب العصبية وعدم الاستقرار بالضعف العقلي في بعض الحالات، إذ أن المتأخرين عقلياً يبدون أقل من غيرهم قدرة على توجيه نشاطهم، وضبط حركاتهم، لذا نجدهم متأخرين في النمو الحركي. كما أن عدم قدرتهم على مسايرة زملائهم في ألعابهم وحركاتهم ونشاطهم يجعلهم يتضايقون.

ويتصفون بالعصبية وتزداد حالتهم سوءاً مما يجعلهم يقضمون أظافرهم.

ثانياً: الأسباب النفسية والبيئية :

من الأسباب النفسية التي تؤدي إلى عدم استقرار الأطفال وعصبيتهم ما يلي:

١- الشعور بالبؤس الناشئ عن عجز الطفل في الوصول إلى المستوى الذي يتمنى الوصول إليه. مثل: التأخر في قدرة عقلية أو حسية أو جسمية معينة. أو عندما يكون الطفل قد حُرم من مميزات يتحلى بها أخوته فيفضلون عليه، وعندما يحرم أيضاً من التقدير والاهتمام.

٢- وجود الطفل في أماكن يشعر فيها بالشقاء ويقضي فيها جزءاً كبيراً من وقته كل يوم كالمدرسة والمنزل مما يؤدي إلى عصبيته وعدم استقراره. فالمكان المملوء بالمعوقات التي تقف دون تحقيق حاجاته المختلفة كالحاجة إلى الحرية واللعب والحركة يؤدي إلى شعور الطفل بالشقاء.

٣- وتبين الدراسات أن الطفل يُمارس هذه العادة عندما يستثار انفعالياً أو في حالات التعب الشديد أو في حالات الإهمال والحرمان. ولكن عندما ينهمك الطفل في عمل أو نشاط يستخدم فيه كلتا يديه فإنه لا يلجأ إلى مثل هذه العادات، إلا نادراً، كما أظهرت بعض الدراسات أن الأطفال ذوي العادات الفمية البارزة تتكرر إصابتهم بالتهاب الحلق أكثر من الأطفال الآخرين عموماً.

٤- وعادة قضم الأظافر عند الأطفال دليل على ضعف توافقهم النفسي والاجتماعي، فقد يقوم بها الطفل أحياناً كرغبة في إزعاج والديه، ويمكن أن تدعم هذه العادة عند الطفل عندما يظهر الوالدان انزعاجاً لمجرد رؤيتهم الطفل وهو يقضم أظافره. كما يكشف ذلك الإحساس المتضارب عن حاجة الطفل إلى عقاب نفسه لشعوره بالسخط على والديه والعداء الموجه لهما (حسين، مرجع سابق).

٥- ويرى بعض الباحثين أن قضم الأظافر عند الأطفال دليل على فشل الآباء في عملية التنشئة الاجتماعية.

- **الوقايـة:**

لابُدَّ من المحافظة على أظافر الطفل مقصوصة بحيث لا يكون لهـا حواف تستدعي الطفل إلى التخلص منها.

كذلك لابُدَّ من جعل الطفل يمارس نشاطاً عضلياً بحيث تظـل يـداه مشغولتين بنشاطات هادفة.

ولكن قد يستخدم البعض وسائل معينة لمنع الأطفال من قضم أظافرهم مثل وضع غطاء معدني للإبهام، أو وضع جبيرة للذراع للحد من حركته، أو دهن الإبهام والأصابع بمادة مرة المذاق، أو اللجوء إلى التأنيب والتوبيخ، أو جعل الطفل يشعر بالخزي لممارسته عادة قضم الأظافر.

ولكن هذه الوسائل ليست سليمة في علاج قضم الأظافر وقد يكون لها آثار سلبية أشد خطراً من العادات نفسها.

فالعلاج الصحيح يكون في العنايـة بالطفـل والاعتـراف بحاجاتـه الأساسية في مرحلة الرضاعة وضرورة إشباعها بصورة سليمة الأمر الـذي يقلل من تكوين العادات غير السليمة المتصلة بالفم.

فعادة قضم الأظافر عادة مذمومة تستدعي الانتباه والاهتمام ولابد من العمل على علاجها على أسس سليمة قائمة على تـشخيص مـسبق لبيـان الأسباب المؤدية إليها.

لذلك على الوالدين أن يناقشا مع الطفل مساوئ هذه العادة، مع رفـــع دافعية الطفل للتغلب على هذه المشكلة، وبإمكان الطفل الذي يمتلـــك دافعيـــة لوقف هذه العادة أن يجمع بين عدة استراتيجيات منها:

١- الاحتفاظ بسجل:

يمكن للأطفال في سن الثامنة من العمر أو أصغر سناً أن يلاحظوا أو يسجلوا المرات التي يقضمون فيها أظافرهم ووضع علامة على بطاقة في كل مرة يقومون فيها بقضم أظافرهم، وتدوين ما الذي كان يفعله قبل البدء بقضم أظافره مباشرة. وقد أظهرت الدراسات أن مجرد تسجيل مدى تكرار السلوك المشكل غالباً ما يؤدي إلى إنقاصه، لأن هذا السجل يؤدي إلى زيادة الـــوعي وإلى تقييم كيفية استغلال الشخص لوقته وجهده.

٢- المكافآت:

يمكن للأبوين أن يحددا أهدافاً للتحسّن. فبمجرد أن يبين السجل عـــدد المرات التي يقوم فيها الطفل بقضم أظافره خلال اليوم، وأن هذا العـــدد قـــد تناقص خمس مرات، يعطيا الطفل مكافأة صغيرة يومياً إذا حقـــق الهـــدف. ويمكن أيضاً للطفل أن يحقق مكافأة كبيرة في الأسبوع مثل: اصطحاب الطفل في زيارة للأصدقاء، أو قضاء وقت أطول في مشاهدة التلفزيون. كما يمكـــن استخدام نظام النقاط بحيث يحصل الطفل على خمس نقاط على البطاقـــة إذا تناقص عدد مرات قضم الأظافر عنده بمقدار خمس مرات.

بالإضافة إلى تقديم المكافآت يمكن الاهتمام بالثناء على الطفل من قبل الراشدين مما من شأنه أن ينقص عادة قضم الأظافر.

٣- **العقوبات:**

يمكن جمع الثواب مع العقاب في معالجة ظاهرة قضم الأظافر حيث يؤدي ذلك إلى نتائج أسرع. فقد يكون سحب المكافأة الايجابية مثل حرمان الطفل من مشاهدة التلفزيون لفترة من الوقت أو خسارته لبعض النقود من مصروفه اليومي كلما شوهد من قبل الأبوين وهو يقضم أظافره مجدياً في علاج هذه الظاهرة.

٤- **التدريب على زيادة الوعي:**

يمكن مساعدة الطفل في هذه الحالة ليصبح أكثر وعياً بمشكلته، وذلك بأن يطلب منه أن يخصص خمس دقائق كل صباح وكل مساء ليجلس في مكانٍ هادئ أمام مرآة ويقوم ببطء بتمثيل حركات قضم الأظافر كما لو كان يقوم بقضمها فعلاً، وفي أثناء قيامه بتمثيل الدور عليه أن يقول بصوتٍ عالٍ " هذا ما لن أفعله اليوم ".

وهذا الإجراء يساعد على زيادة وعي الطفل، وزيادة قدرته على التحكم الإرادي بعادة قضم الأظافر.

٥- **تعليم الطفل استجابة منافسة:**

لابُدَّ من تعليم استجابات منافسة كلما شعر بالحاجة إلى قضم أظافره، وذلك مثلاً بأن يمد الطفل ذراعيه على جانبيه، ويضم قبضتي يديه بقوة حتى يشعر بالتوتر في الذراع واليد. وعلى الطفل ممارسة الاستجابة المنافسة ما بين دقيقتين إلى ثلاث دقائق بعد أن يشعر بإغراء القضم. ومن

الاستجابات المنافسة أيضاً قيام الطفل بالنقر بأظافره على سطح قاس أو يسبح بمسبحة. كما يمكن أن يكافئ الطفل نفسه فوراً لقيامه بالاستجابة المنافسة بتقديمه كأساً من الشراب أو قطعة حلوى، مما يؤدي إلى تقوية حدوث الاستجابة المنافسة.

٦- تعليم الطفل الاسترخاء:

بما أن عادة قضم الأظافر هي في الأصل نتيجة التوتر الشديد أو القلق، لذا من الممكن التحكم بها عن طريق تعلم أسلوب تكيف بديل مع هذه المواقف المثيرة للقلق عن طريق الاسترخاء الذي يمكن التحكم به بوساطة الدلالة وتعلم الطفل كيف يصل إلى حالة من الاسترخاء كاستجابة لكلمة دالة يقولها الطفل لنفسه مثل: اهدأ، ولهذا الإجراء خطوتان هما:

١- التدريب على الاسترخاء العضلي التام.

٢- مزاوجة الكلمة الدالة (cue-word) بحالة الاسترخاء.

ويتم ترسيخ ربط الكلمة الدالة بجعل الطفل ينتبه إلى نفسه في أثناء ترديده الكلمة الدالة بصوتٍ غير مسموع مع كل زفرة تنفس. ويقوم أحد الأبوين في أول خمسة اقترانات بترديد الكلمة الدالة بصوتٍ مرتفع وبشكلٍ متزامن مع زفرات الطفل، ثمَّ يُتابع الطفل بعد ذلك هذا الإجراء بحيث يجريٍ عملية الاقتران خمس عشرة مرة إضافية. وعندئذ يمنح الطفل مدة ستين ثانية لكي ينتبه إلى شعوره العام المصاحب للاسترخاء، وبعد ذلك يُعاد تكرار الكلمة الدالة عشرين مرة أخرى.

ويشجع الطفل على القيام بممارسة كـل مـن تمـارين الاسـترخاء وإجراءات إقران الكلمة الدالة يومياً، وعندما يتقن العملية يطلب إليه أن يقوم بملاحظة الزيادة في التوتر المصاحب لقضم الأظافر، وأن يقوم بعـد ذلـك بتطبيق إجراءات السيطرة من خلال الإشارة، وهي الزفير مع ترديد الكلمـة الدالة بصوت غير مسموع: اهدأ (شيفر وآخرون، مرجع سابق).

٧- والجدير ذكره:

أنه لابُدَّ من عدم مبالغـة الوالدين فـي الانتبـاه إلـى هـذه العـادة الذميـمة، ولا يعني ذلك تجاهلها تماماً بل إرشاد الطفل إلى التخلص منهـا شـيئاً فشيئاً، لأننا إذا بالغنا في أهمية ذلك الأمر أدى هذا إلى توجيه أنظـار الأسـرة كلها إلى الطفل لمناقشة أمره ويرون في ذلك شـذوذاً، فيـستمد الطفل من هذا الأمر جانباً من الرضا اللاشعوري. فأشد ما يقوي العادة عنـد الطفل هو تكرار نهيه عنها، وهذا ما يـؤدي إلى العناد والمقاومة، خاصة إذا كان النهي مصحوباً بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكراهية والاشمئزاز.

٨- بالإضافة إلى ذلك:

فلابُدَّ من العمل على تخليـص الأطفال من مشاعر العدائيـة التـي تكون موجهة إلى الوالدين من خلال اللجوء إلى عادة قضم الأظافر كظاهرة تنفسية نتيجة الشعور بالقلق والشعور بالذنب. وإذا أراد الوالدان تغيير عـادة قضم الأظافر عند أبنائهم فلابُدَّ أن يغيروا هذه العادة الـسيئة عنـد أنفـسهم (بالنسبة إلى الآباء الذين يقضمون أظافرهم)، لأن الأطفال يحاكون آبـاءهم أيضاً عندما يقلعون عن هذه العادة.

٩- وقد يفيد الإيحاء في علاج قضم الأظافر عند الأطفال:

عن طريق استخدام " جرامفون " يُوضع في حجرة الأطفال بعـد أن يستغرقوا في النوم والذي يكرر باستمرار " لن أقضم أظافري، فقضم الأظافر عادة قذرة، ولن أقضم أظافري مرة أخرى ". وتُدار الاسـطوانة عنـد نـوم الطفل ثمَّ توقف قبل أن يستيقظ في الصباح. وتُدار الاسطوانة عند نوم الطفل ثمَّ توقف قبل أن يستيقظ في الصباح. ويرى أيزنك، ١٩٨٤) أن عدداً كبيـراً من الأطفال قد أقلع عن قضم الأظافر بهذه الطريقة.

كما يرى أيزنك أيضاً أنه بالإمكان إخراج عادة الأظافر مـن ميـدان اللاشعور من خلال الالتفات إليها والنظر عن قرب على كل تفاصيلها . فقد استخدم " دونلاب " هذا الأسلوب في التخليص من قضم الأظافر والتـدقيق، حيث يطلب من الطفل أن يقضم أظافره بإصرار وذلك عند ذهابه إلى عـالم النفس والجلوس أمامه نصف ساعة يومياً. وسرعان ما اختفت ظاهرة قـضم الأظافر عند الأطفال وبدأ الشفاء ثابتاً نسبياً.

عاشراً: التبول اللا إرادي

- **مفهوم التبول اللاإرادي:**

يُقصد بالتبول اللاإرادي تكرار نزول البول لا إرادياً في الفرش من قبل الطفل في سن الرابعة فما فوق. أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في عملية التبول في سنٍ ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي.

وهذه الظاهرة تشير إلى ضعف قدرة الطفل على ضبط عمليات المثانة وعدم قدرته على التحكم فيها حتى يذهب إلى الحمام وإفراغ المثانة إرادياً. ويرى بيلر (Baller 1985) أن التبول اللاإرادي " حالة من التفريغ اللاإرادي للمثانة ليلاً عند طفلٍ يزيد عمره عن ثلاث سنوات ونصف بمعدل لا يقل عن مرتين في الأسبوعٍ من غير أن تظهر عنده أسباب عضوية واضحة ".

وحالة التبول اللاإرادي كثيرة الشيوع عند الأطفال الذين يُعانون من بعض المشاكل العاطفية والانفعالية، كما تظهر عند غيرهم ممن لا يعانون من هذه المشاكل. وقد يكون التبول اللاإرادي متصلاً أي منذ الولادة، وقد يكون متقطعاً، فقد يحقق الطفل نجاحاً لمدة ثلاثة أشهر في انقطاعه عن التبول اللاإرادي، إلا أنه يعود إلى التبول اللاإرادي مرة أخرى. وتشير الدراسات إلى أن معظم الأطفال (٨٠% منهم) من نوع المتبولين لا إرادياً بشكلٍ متصل.

كما أظهرت الدراسات أن حوالي ٢٥% ممن يتبولون لا إرادياً في

الليل تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار.

وإن نسبة الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً تتناقص تدريجياً مع تقدمهم في العمر. وتشير البيانات إلى أن كل واحد أربع حالات ما بين الرابعة والسادسة من العمر، وأن ١٢% من الأطفال ما بين السادسة والثامنة من العمر، وأن ٥% من أطفال سن العاشرة إلى الثانية عشرة، و ٢% من صغار الراشدين يُعانون حالات التبول اللاإرادي بين الحين والآخر في فراشهم. كما بينت الدراسات أيضاً أنه في عمر الثالثة تصل نسبة الأطفال الذين تعلّموا ضبط التبول الليلي، ويبقى حوالي ١٠% منهم يعانون من المشكلة، وتتناقص هذه النسبة سنوياً.

ويرى (كمال، مرجع سابق) أن التبول اللاإرادي الليلي ليس إلا عادة طبيعية في السنة الأولى من العمر، وأن هذه العادة تقل تدريجياً مع التقدم في العمر، ويشير أيضاً إلى أن حوالي ٨٩% من الأطفال تتوقف عندهم هذه العادة في نهاية السنة الثالثة، وتستمر عند البعض الآخر.

ويعاني من هذه المشكلة حوالي ١٣-٢٥% من أطفال الصف الأول الابتدائي. وأظهرت الدراسات (عكاشة، مرجع سابق) أن هذه المشكلة تنتشر بين الذكور أكثر منها عند الإناث. وبيّنت دراسة كاوفمان (Kauffman ,1987) أن نسبة من يعانون من هذه المشكلة من الذكور هو ضعف النسبة عند الإناث. والجدير بالذكر أن حالات التبول اللاإرادي لا تُعتبر مشكلة إذا ما حدث ذلك في الطفولة المبكرة (أي قبل ثلاث أو أربع سنوات). أما إذا استمرت بعد هذه السن فإنها تُعتبر حالة مرضية.

وأظهرت الدراسات (Kauffman, (1987), Schaefer, 1989) أن تبليل الطفل لفراشه بعد الخامسة من العمر مرات قليلة ليس مشكلة (لأن العرض لم يتكرر) فمن الملاحظ أن بعض تلاميذ الروضة والابتدائي يتبولون في ملابسهم أحياناً، لعدم معرفتهم بمكان الحمام أو الخوف أو الخجل من استئذان المدرسة أو لانشغالهم باللعب. كما قد يتبول البعض لا إرادياً ليلاً نتيجة حلم مزعج أو بسبب التعب وغلبة النوم. وتشير الدراسات (Schaefer, 1989)، و (Berge, 1989) أن حوالي ٧٥% من الحالات (التبول اللاإرادي) تُعاني من تبول ليلي، ٢٠% من تبول ليلي ونهاري و ٥% من تبول نهاري فقط.

- **أسباب التبول اللا إرادي:**

عُرفت مشكلة التبول اللاإرادي منذ أقدم العصور، واهتم الإنسان بدراستها منذ حوالي ٣٠٠٠ سنة. وكان الميل الغالب آنذاك أن سبب هذه المشكلة، حلول أرواح شريرة بأجسام الأطفال مما أدى إلى سوء معاملتهم بالضرب وكيهم بالحديد والنار لإرغام هذه الأرواح على الخروج من أجسامهم.

وأشارت الدراسات الانثروبولوجية أن بعض القبائل البدائية في جنوبي افريقية تعتقد حتى الآن أن تبول الأطفال لا إرادياً سببه وجود دم فاسد " Bad Blood " في أجسامهم ويعالجونهم بفتح ثقب في أعلى الصدغ لفصد هذا الدم.

وفي القرن التاسع عشر ساد الاتجاه الذي يرى أن سبب التبول

اللاإرادي عضوي حيث يكون نتيجة ضعف في المثانة أو أمراض في المسالك البولية والكليتين وعالجوها بالأدوية والعقاقير الطبية.

أما في القرن العشرين فقد زاد الاهتمام بهذه المشكلة واتجه النظر إلى الأسباب النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى الأسباب العضوية. وتجمع الدراسات على تصنيف أسباب التبول اللاإرادي إلى ما يلي:

أ - أسباب عضوية وراثية:

حيث نجد أن بعض من يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي يظهر لديهم خلل في الجهاز البولي، إما بسبب الوراثة أو بسبب الأمراض التي تصيبه أي التي تصيب الجهاز البولي "، مثل التهاب مجرى البول، أو وجود حصوة في إحدى الكليتين أو المثانة أو الحالب " أو نتيجة الإصابة بأمراضٍ أخرى مثل التهاب المستقيم، ومرض السكري، والإمساك وسوء الهضم.

وأكدت الدراسات أن الأطفال الذين يُعانون من تبولٍ لا إرادي متصل يكون لديهم عدم نضجٍ كافٍ لميكانيكية السيطرة على المثانة.

وتتراوح التقديرات لوجود أسباب عضوية لهذه المشكلة، مثل: التهاب القناة البولية، واضطرابات بنيوية في الجهاز البولي كصغر حجم المثانة أو اتساع فوهة المثانة، ما بين ١-١٠% . وكثيراً ما يرتبط التبول اللاإرادي بوجود البول الحمضي المركز، وديدان في الشرج.

وتشير بعض الدراسات " Frary " إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي

مشكلة وراثية بدليل أن آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً كانوا يُعانون من هذه المشكلة بنسبة ٣٢% آباء، و ٢٠% أمهات . وأيد " Katter " ذلك فوجد أن ٥٢% من اسر هؤلاء الأطفال لهم فرد أو أكثر كـان يُعـاني مـن التبـول اللاإرادي في صغره أو لا يزال يُعاني منه (عـودة ، ومرسـي ، ١٩٨٤). ويرى اسمان (Esman1987) أن ما يقارب ثلاثة أضعاف حـالات التبـول اللاإرادي موجودة بين آباء الأطفال المتبولين لا إرادياً منها بين آباء الأطفال غير المتبولين لا إرادياً عندما كانوا أنفسهم أطفالاً.

ولكن القول بوراثة التبول اللاإرادي قول ضعيف علمياً حتى الآن. إذ لا يوجد دليل علمي يدل أن التبول اللاإرادي ينتقل عن طريـق الموروثـات ولا عن طريق جرثومة مرضية. لكن الاحتمال الأكثر قبـولاً فـي وراثـة التبول اللاإرادي هو وراثة الأطفال الـذين يُعـانون مـن هـذه المـشكلة، لخصائص فسيولوجية (استعدادية) تؤدي إلى تأخر نضج المثانـة وضـعف العضلة القابضة.

ب - أسباب انفعالية. نفسية:

في معظم الحالات يعود التبول اللاإرادي إلى عوامل نفسية، انفعاليـة فقد تظهر هذه المشكلة عند الأطفال نتيجة ولادة مولود جديد في الأسرة ممـا يشعر الطفل بالغيرة نتيجة تركيز الأم عنايتها على الطفل الجديـد وإهمالهـا للطفل السابق ، فيتكون القلق عند هذا الطفل ويمكن أن يبلل ثيابه أو فراشه. ويرى " فرويد " في تفسيره للتبول اللاإرادي على أنه عرض نكوصي يـدل

على ما يعانيه الطفل من صراعٍ نفسي لم يحل نتيجة ما يدركه مـــن تحـــول الوالدين عنه إلى العناية بأخيه الأصغر، ويُعتقد أنه مهدد بفقدان حبهما لـــه، مما يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة لديه لجذب انتباههما إليه، فإذا مـــا تحقـــق ذلك استمر في تبليل الفراش ليحصل على مزيد من الاهتمام ورعاية الوالدين (Book، ١٩٧٣)، عن (عودة، ١٩٨٤).

كما يرى كولـــب (Kolb ,1988) وكـــوران وبـــارترج وســـتوري (Curran, Partridg&Story 1982)، وكذلك Kauffman (1987) أن التبول اللاإرادي هو عدوان رمزي. فالطفل العدواني يميل إلى التبول اللاإرادي.

ويرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الطفل الذي يشعر بقسوة البيئة عليه ولا يجد ما يفرحه فيها، ويغضب منها، يحقد عليها ويحتقرها ويبول عليها.

كما أن انتقال الطفل من مرحلة إلى أخرى وما تتطلبه تلك المرحلـــة الجديدة من سلوك يصعب التكيف معه من قبل الطفل مثلاً عندما يذهب الطفل إلى المدرسة لأول مرة مما يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة لديه.

كما أن الخوف سواء أكان من الظلام أو الحيوانات المفترسة أو مـــن التهديد، أو لسماع قصة مزعجة من شأنه أن يؤدي إلى التبـــول الـــلاإرادي. بالإضافة إلى ذلك فالعلاقات الأسرية المضطربة التي تهدد أمن الطفل تؤدي إلى هذه الحالة.

ويرى كولب Kolb (1982) أن ممارسة العقاب على الطفل يـــؤدي

إلى ظهور هذه الحالة لديه، حيث يقوم الطفل هنا بسلوكٍ انتقامي من الـــذين يمارسون العقاب وينفسون عن غضبهم.

وتشير الدراسات أيضاً Kauffman (1987) إلى أن التبول اللاإرادي عرض لاضطراب في شخصية الطفل، وتأييد ذلك أن الطفل الذي يبلل فراشه يُعاني من مشاكل نفسية كثيرة منها: مص الأصابع، وقضم الأظافر، وأحلام اليقظة، والشرود الذهني، والانطواء، والتأتأة، والخوف، والاتكالية. كما وجد بيفرلي " Beverly " أن الآباء يصفون أطفالهم الذين يبللون فراشهم بالعصبية وسرعة الغضب وسرعة البكاء. وفي دراسة أخـــرى (جـــودارد، ١٩٨٧) وجـــد أن معظم هؤلاء الأطفال منطوون على أنفسهم، وسلبيون، ويخافون من اللعـــب النشط، ولا يؤدونَ أي عمل بجدية، وتحصيلهم الدراسي أقل مـــن مـــستوى قدراتهم الذهنية.

ويرى البعض ارتباط التبول اللاإرادي بمستوى الذكاء. إذ من المتوقع أن تكون عملية ضبط التبول أكثر بطئاً عند الأطفال المتخلفين عقلياً منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية في الذكاء (الريحاني، ١٩٨٧).

ج- أسباب اجتماعية:

تعتبر الظروف الاجتماعية التي يعيش فيها الطفــل أحــد الأســباب الرئيسية المسئولة عن مشكلة التبول اللاإرادي عند الطفــل. فكثــرة عــدد الأطفال في الأسرة والذي ينجم عنه نقص في تدريب الطفــل علـــى ضـــبط المثانة بشكلٍ مبكر تكرس العوامل النفسية والجسمية والتي تـــسبب التبـــول

اللاإرادي.

لذا فإن أصحاب نظرية التعلم يرون أن اكتساب عادة التحكم بالمثانة سلوك متعلم والتأخر في اكتسابه يعود إلى أخطاءٍ في التدريب عليه، فالطفل الذي يفشل في ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها إما أن يكون والداه قد أهملا في تدريبه أو علماه بطريقة خاطئة (عودة وآخرين، مرجع سابق).

كما أن القسوة في المعاملة، وحرمان الطفل من حنان الوالدين، وشعوره بعدم الأمان وعدم الثقة فيمن حوله يؤدي إلى التبول اللاإرادي.

كما أن التدليل الزائد لا يقل أثراً من القسوة في المعاملة من قبل الوالدين، إذ أن ذلك يؤدي إلى نموه متعوداً على الأخذ دون العطاء، اتكالياً في كل شيء ولا يستطيع أن يحل صراعاته بنفسه مما يؤدي به إلى النكوص والارتداد والتثبيت.

كما أن إثارة الغيرة والمنافسة بين الأشقاء، أو بين التلاميذ في الفصل الواحد ينمي عندهم الشعور بالحقد والغضب والإحباط والصراع والقلق مما يجعلهم مهيئين للتبول اللاإرادي كحيلة دفاعية لحل صراعاتهم أو لإثارة الانتباه إليهم.

ويخطئ الوالدان عندما يعاملان الطفل بقسوة حين تبلبل فراشه مما يؤدي إلى تعقيد المشكلة ويطيل استمرارها. كما يخطئ الوالدان أيضاً عندما يحيطان

هذه العملية بسرية تامة، كأن هذه المشكلة من العيوب المخجلة مما يشعر الطفل بالخجل والذنب والقلق وتتعقد المشكلة أكثر.

كما أن للخلافات الأسرية دوراً كبيراً في تأخر نسبة كبيرة من الأطفال في ضبط المثانة لديهم. فتهديد الأب والأم بالطلاق، وتهديد الأم للأب بترك البيت على أسماع الطفل، يؤدي إلى زعزعة ثقته بنفسه ويتوقع الحرمان في كل حين، مما يجعله يحس بعدم الأمن والأمان مع الأسرة، ويشعر بالقلق والصراع، مما يؤدي به إلى النكوص والتثبيت في عملية ضبط المثانة وظهور التبول اللاإرادي عنده.

- **علاج التبول اللاإرادي:**

لابدَّ من علاج الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي طبياً إذا كانت أسباب مشكلته تتعلق بالناحية العضوية. ومن المتوقع أن يكون تجاوب الطفل مع العلاج الطبي سريعاً إذا كان سبب التبول اللاإرادي عضوياً، ويكون العلاج الطبي باستخدام الأدوية، أو اللجوء إلى العمل الجراحي أحياناً. ويذكر كوران وآخرون .Curran, et.al (1982)أن استخدام الدواء ضروري في الحالات التي تعاني من نومٍ عميق، كما يمكن استخدام الأدوية المقوية للجهاز السمبثاوي والتي تخفض من النوم العميق مثل " البلادونا " و " اللايثالين " وهذه الأدوية تزيد من قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات كبيرة من البول. كما يمكن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب مثل " التوفرانيل Tofranil والتريبتيزول "، بكميات تتراوح بين ٢٥-٨٥ ملغم يومياً وتكون هذه العقاقير مضادة للأعصاب الباراسمبثاوية، وتقوي الأعصاب السمبثاوية وتقلل من

القلق والاكتئاب الذي يعاني منهما الطفل، وتساعد على تشكيل الفعل المنعكس الشرطي وهو اليقظة عند امتلاء المثانة بالبول. وفي هذه الحالة لابــد مــن استمرار العلاج لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر للتأكد من سلامة الفعل المنعكس الشرطي الجديد (عكاشة، مرجع سابق). وبعد التأكد من سلامة الطفل جسدياً تُعالج مشكلته على أنها حالة تبــول لا إرادي وظيفــي، وذلــك باســتخدام العلاج النفسي. ومن أهم أساليب العلاج النفسي في حالات التبول الــلاإرادي ما يلي :

أ- العلاج بالاستبصار:

يقوم هذا النوع من العلاج على أساس تبصير الطفل بمشكلته وأسبابها وتبصيره بصراعاته النفسية ليتمكن من حل الصراعات ومواجهة الإحبــاط والمخاوف بأساليبٍ مباشرة.

كما يعمل المعالج على تنمية ثقة الطفل بنفسه وتحسين علاقاته بنفسه وبالآخرين، وإلى تنمية دوافعه لاكتساب الــسلوك المقبــول فــي عمليــات الإخراج، وغرس الثقة بإمكاناته وقدرته على التخلص من هــذه المــشكلة، وذلك لضمان استمرار إقباله على العلاج.

ولا يكتفي المعالج بتبصير الطفل بحالته، بل يعمل على توجيه عناية الوالدين والمحيطين بالطفل من أخوة ومدرسين، وتبــصيرهم بالمــشكلة، وأســبابها ومسؤولياتهم في العلاج حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة وبالتقبل، ويدرك مكانته وكفاءته مما يخفف عنه مشاعر القلق والذنب.

ب- العلاج السلوكي:

يُعتبر هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول اللاإرادي. وتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريبه الصحيح على عمليات الإخراج. ويهدف هذا النوع من العلاج إعادة تربية الطفل صاحب المشكلة، وتدريبه بطريقة صحيحة. وقد ثبت نجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الأطفال، بجهد قليل ووقت قصير ودون أن يكون له آثار جانبية سيئة. وأهم طرق العلاج السلوكي في علاج حالات التبول اللاإرادي ما يلي:

١- التعلم الإجرائي:

وهذه الطريقة ترتبط باسم " سكنر " في التعليم الإجرائي منذ عام "١٩٥٠ " والتي استخدمت في علاج حالات التبول اللاإرادي. كما سُميت هذه الطريقة طريقة التعزيز الايجابي، وتقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك غير المرغوب فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة، وتختفي المشكلة. ومن أهم أساليب التعلم الإجرائي ما يلي:

أ- لوحة النجوم:

ويكون الطلب إلى الطفل الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة والليالي الجافة . . . ويتم إبراز الليالي الجافة على اللوحة بوساطة نجوم ذهبية، وأن يُعطى الطفل مكافأة على الليالي الجافة كأن يقضي الوالد معه فترة إضافية من

الوقت عند كل مرحلة من التحسن، ويقوم الوالدان بالثناء على الطفل. أما بالنسبة إلى الليالي المبللة فيتجاهل الأبوان ذلك. وقد وجد أن لوحة النجوم فعالة مع صغار المتبولين لا إرادياً.

ب- الاحتفاظ بالبول:

لقد دلت الدراسات على أن عدداً من المتبولين لا إرادياً غير قادرين على الاحتفاظ بكمية طبيعية من البول في المثانة. لذا فإن تدريب الطفل على احتمال كميات أكبر من البول في المثانة يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب، ويكون ذلك إما بتعليم الطفل التحكم بمثانته نهاراً بتحويل الأمر إلى لعبة شيقة، حيث يستمر الطفل في إطالة فترة تحكمه بالمثانة وتسجيل الكمية التي استطاع الاحتفاظ بها، أو أن يطلب من الطفل التوقف عن إنزال البول في أثناء عملية التبول ومن ثمَّ يطلقه في أثناء النهار عدة مرات مما يؤدي إلى تقوية عضلة المثانة ويساعد على الشفاء.

٢- التعلم الشرطي:

أ- طريقة الجرس والوسادة:

بدأ استخدام العلاج السلوكي بالتعلم الشرطي في الثلاثينات من القرن العشرين عندما قام مورر ومور (Mowrer & Mower) بعلاج حالات التبول اللاإرادي بطريقة الجرس والوسادة. وهذه الأسلوب لمدة شهرين أو ثلاثة ينجح حوالي ٧٠% من الحالات. أما الحالات الأخرى فإن معاودة استخدام الجهاز مرة أخرى ينهي في العادة الانتكاس.

يتكون الجهاز من وسادة رقيقة خاصة للتدريب تُوضع فــوق ســـرير الطفل وتحت الطفل مباشرة، بحيث عندما تُبلل ليلاً يغلق دائـــرة كهربائيـــة، مما يؤدي إلى رن الجرس وإضاءة مصباح مما من شأنه إيقاظ الطفل وأخذه إلى الحمام.

وعندما يتعلم الطفل ضبط المثانة بهـذه الطريقــة تُرفـــع الوســادة والجرس. وبعد استخدام هذه الطريقة لمدة أربعين سنة تبــين نجاحهــا فـــي علاج ٧٠% إلى ٩٠% من حالات التبول الــلاإرادي غيــر النــاجم عــن أسباب عضوية.

ب- طريقة إيقاظ الطفل ليلاً:

كما استخدم التعلم الشرطي عن طريق إيقاظ الطفل ليلاً (Night time Awakening) ، وتكون الخطوة الأولى بتحديد الوقت الذي يبلل فيه الطفــل عادة فراشه كل ليلة ثمَّ ضبط ساعة منبه بحيث ترن في غرفة الطفــل قبــل وقت التبول بقليل مما يؤدي إلى إيقاظ الطفل وذهابه إلى المرحاض، ومن ثمَّ يعاود النوم حتى الصباح. وبعد مرور سبع ليالٍ متتالية بدون تبــول علـــى الفراش بهذه الطريقة يتم ضبط المنبه لينطلق بعد مرور ساعة ونصف مــن ذهابه إلى النوم ثمَّ بعد ٦٠ دقيقة بعد النوم، ثمَّ تُخفَّض إلى ٤٥ دقيقة، وأخيراً بعد ٣٠ دقيقة. وبعدها على الطفل أن يتعود الذهاب إلى المرحــاض بــدون المنبه كل ليلتين مرة حتى يُلغي استخدامه تدريجياً.

٣- **خفض القلق:**

قد يكون التبول اللاإرادي ظهر فجأة من جديد بعد أن يكون الطفل قد أمضى فترة من الوقت دون أن يتبول في فراشه. وهنا لابُدَّ من البحث عن الحادث الذي آثار قلقه قبل استئناف هذه الحالة مثل: ولادة مولود جديد في الأسرة، أو الانتقال إلى منطقة جديدة، أو حدوث شجارٍ عائلي، أو غياب أحد الوالدين لفترة طويلة. وهنا لابُدَّ من العمل على خفض القلق بتوجيه مزيد من العناية والرعاية والدعم والتفهم للطفل، وتوفير جوٍ من الأمن والطمأنينةً في حياة الطفل حتى تزول أسباب القلق.

ولا بأس من الجلوس مدة " ١٠-١٥ " دقيقة والحديث مع الطفل حديثاً يبعث على الاطمئنان والارتياح، مما يجعله ينام وهو في حالة استرخاء. ومن الممكن أيضاً قضاء وقت أطول معه في أثناء النهار في نشاطات ممتعة، ومن خلال هذا الوقت يمكن الكشف عن جوانب الصراع والتوتر اللذين يُعاني منهما الطفل والعمل على حلها أيضاً.

٤- **فرض عقاب على الطفل:**

يقوم بعض الآباء بالطلب من الطفل في سن المدرسة والذي لم يتخلص من التبول اللاإرادي ليلاً أن يقوم بتغيير الشراشف المبللة، ووضعها في الغسالة دون توبيخ الطفل أو تأنيبه وإشعاره بالذنب.

٥- استبعاد السوائل:

لابُدَّ من استبعاد السوائل مثل: اللبن والماء والعصير وماء الشعير من طعام الطفل بعد الساعة الخامسة مساء، والذهاب إلى الحمام قبل النوم وبعد الاستيقاظ مباشرة.

حادي عشر: اضطراب الانتباه
Attention Deficit

مفهوم اضطراب الانتباه:

يعد اضطراب الانتباه من الاضطرابات الشائعة بين الأطفال حيث انه ينتشر بين (١٠%) تقريباً من أطفال العالم.

كما أن مصطلح هذا الاضطراب لم يتم تحديده تحديداً دقيقاً إلا في الثمانينات من هذا القرن، ومع ذلك فقد اهتم الطب النفسي بدراسة هذا الاضطراب، إلا انه ركز في دراسته على الأسباب العضوية والعلاج الكيميائي أما في علم النفس فنجد أن الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب تعد على أصابع اليد الواحدة، كما انه – في حدود علمنا – لا توجد أي مراجع عربية في علم النفس عالجت هذا الموضوع، وهذا هو احد أسباب اهتمامنا بإنتاج هذا العمل العلمي المتواضع لسد العجز في هذا المجال.

وفضلاً عن ذلك فان الغالبية العظمى من الآباء والمعلمين أما أنهم ليست لديهم معلومات عن هذا الاضطراب، أو أن معلوماتهم عنه غير كافية، ولذلك فإنهم يصفون الأطفال المصابين بهذا الاضطراب بأنهم

عدوانيون ومعاندون ومشاكسون وكثيرو الحركة، أو أنهم لـــديهم صـــعوبات تعلم، أو تأخر دراسي.

والجدير بالذكر أن هذا الاضطراب يحظى باهتمام كبير في أمريكـــا والدول الغربية حيث توجد هناك عيادات متخصصة لعلاج هذا الاضـــطراب يعمل فيها متخصصون متمرسون لديهم خبرة وفيرة عن أسباب وأعـــراض وعلاج هذا الاضطراب، كما نجد هناك أيضا في المدارس حجرات دراســـية مجهزة لهؤلاء الأطفال لكي يتلقون فيها دروسهم وفقاً لبرامج تربوية خاصـــة للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، وفضلاً عن ذلك فهنـــاك أيـــضا العديد من الجمعيات الأهلية الخاصة بهذا الاضطراب والتي يتكون أعضاؤها من والدي الأطفال الذين يعانون منهم، حيث تقوم هذه الجمعيات بعقد الندوات العلمية التي يحاضر فيها متخصصون متميزون، كما تعقد أيـــضا الـــدورات التدريبية لهؤلاء الآباء بهدف تدريبهم على كيفية التعامل والتفاعل الـــصحيح مع طفلهم الذي يعاني من هذا الاضطراب، وكذلك تـــدريبهم علـــى كيفيـــة التخلص من سلوكه المشكل، وتعليمه مهارات التفاعل الاجتماعي الإيجابي.

أما في الوطن العربي فنجد انه _ في حدود علم الباحث _ لا توجـــد مثل هذه الجمعيات الأهلية كما أن المدارس لا توجد بها حجـــرات دراســـية مجهزة لهؤلاء الأطفال، أو برامج تربوية خاصة بهم، كما أن الغالبية العظمى

من العاملين في المجال التعليمي من معلمين وأخصائيين نفسيين واجتماعيين ليست لديهم المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب، هذا أن لم تكـن ليـست موجودة بالفعل.

تعريف اضطراب الانتباه:

يختلف مستوى الانتباه لدى الأفراد تبعاً لسلامة كلاً مـن الحـواس، والناقلات العصبية الحسية، ومركز الانتباه في الجهاز العـصبي المركـزي بالمخ، ولذلك نجد أن هناك بعض الأفراد لديهم مستوى مرتفع فـي الانتبـاه وبعضهم الآخر لديه مستوى منخفض فيه.

ويعاني بعض الأطفال من اضطراب الانتباه والذي يتضح من خلال عدم قدرتهم على التركيز على المنبهات المختلفة لمدة طويلة، ولذلك فـإنهم يجدون صعوبة في متابعة التعليمات وإنهاء الأعمال التي يقومون بها، كما أن لديهم ضعفاً في القدرة على التفكير مما يجعلهم يخطئـون كثيـراً، كمـا أن حديثهم في الحوار يكون غالباً غير مترابط.

ويتسم هؤلاء الأطفال بالاندفاعية ولذلك نجدهم يجيبون على الأسـئلة قبل استكمالها، كما يقومون ببعض السلوكيات التـي تـؤذي الآخـرين، أو تعرضهم أنفسهم للمخاطر دون أن يضعوا في اعتبارهم العواقـب الوخيمـة

المترتبة على مثل هذه السلوكيات مثل القفز من أماكن مرتفعة أو الجري في شارع مزدحم بالسيارات دون النظر إلى الطريق. ودائماً ما يكون اضطراب الانتباه لدى هؤلاء الأطفال مصحوباً بنشاط حركـي مفـرط ممـا يجعلهـم يتحركون بكثرة وعشوائية في المكان الذي يوجدون فيه وذلك بدون سبب أو هدف واضح، وهؤلاء الأطفال يشخصون في الطب النفسي بأنهم يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط مفرط (Carlson, et al, 1995).

تحديد مصطلح اضطراب الانتباه:

يعتبر مصطلح اضطراب الانتباه من المصطلحات الحديثة حيث انه لم يتم التحديد الدقيق لهذا الاضطراب إلا في بداية الثمانينات من هـذا القـرن حيث كان يشخص قبل ذلك على انه إما ضعف في القدرة على التعلم أو انه خلل بسيط في وظائف المخ أو انه إصابة بسيطة في المخ أو انه نشاط حركي مفرط (Nussbaum & Bigler, 1990).

بعد ذلك جاء دليل التشخيص الإحصائي الثالث للاضطرابات العقليـة الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية عام (١٩٨٠) ليشير إليه علـى انه اضطراب له زملة أعراض سلوكية تميزه، وقد قسمه إلى نوعين فالأول: هو اضطراب الانتباه والثاني: هو اضطراب عجز الانتباه غير المـصحوب بنشاط حركي مفرط (APA, 1980).

وقد ظل الحال على هذا المنوال حتى قام بورينو وزملائه (Porrino, et al, 1988) بدراسة أعراض اضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج التحليل العاملي لهذه الدراسة أن عجز الانتباه وفرط النشاط الحركي عرضان لاضطراب واحد ،وليسا نمطين مستقلين، ولذلك عندما قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة _(DSM III – R, 1978)_ دمجت فرط النشاط الحركي مع اضطراب عجز الانتباه، ومنذ ذلك التاريخ أصبح يطلق عليه اضطراب الانتباه.

بعد ذلك أجرى لاهي، وبيلهام (Lahey & pelham 1988) دراسة مماثلة للدراسة السابقة التي أجراها بورينو وزملاؤه عام(١٩٨٣)، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة الى نفس النتائج التي توصلت إليها الدراسة السابقة حيث بينت أن عجز الانتباه، وفرط النشاط الحركي عرضان متلازمان لاضطراب واحد، وليسا نمطين منفصلين.

ولذلك عندما جاء دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM –IV) الصادر عام (١٩٩٤ أكد على ما ورد في مراجعة: عام ١٩٨٧ بشأن هذا الاضطراب حيث بين أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط ولكن مستوى هذا النشاط الحركي المفرط يختلف من طفل لآخر. فقد تكون أعراض فرط النشاط الحركي اشد

من أعراض ضعف الانتباه لدى البعض الآخر منهم وأخيـرا قـد تتـساوى شدة الأعراض لكل من ضعف الانتباه وفرط النشاط الحركي لـدى أطفـال آخرين منهم.

معدل انتشار اضطراب الانتباه بين الأطفال:

يعد اضطراب الانتباه من أكثر الاضطرابات شيوعاً بـين الأطفـال حيث ورد تقرير عن وكالة الصحة العقلية الأمريكية جـاء فيـه أن نـصف الأطفال المحالين للعلاج بها كانوا يعانون من هذا الاضطراب، كمـا بينـت نتائج الدراسات العلمية الوبائية الحديثة في الطب النفسي أن هذا الاضطراب يصيب نسبة تصل إلى (١٠%) تقريباً من أطفال العالم، كما أن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة يتراوح بين (٤% - ٦%)، والجدير بالذكر أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مـستوى اقتـصادي اجتماعي منخفض يصل إلى (٢٠%) تقريباً، أما عن معـدل انتـشاره بـين الذكور والإناث فهو (٦) للذكور مقابل (١) للإناث بمعنى أن انتـشاره بـين الذكور يصل إلى ستة أضعاف انتشاره بين الإناث (Wender, 1995)

أسباب اضطراب الانتباه:

من خلال استقرائنا للتراث السيكولوجي المتاح وجدنا أن اضطراب الانتبـاه يرجع لعدة أسباب منها ما يتعلق بالمخ، ومنها ما يتعلق بالوراثة، ومنها مـا

يتعلق بالبيئة، ومنها ما يتعلق بالغذاء، ومنها ما يتعلق بالعلاقة بين الطفل ووالديه، ونقدم فيما يلي عرض مختصر لهذه الأسباب.

أولاً : الأسباب المتعلقة بالمخ:

أن أسباب اضطراب الانتباه المتعلقة بالمخ قد ترجع: أما لوجود خلل في وظائف المخ، وإما لاختلال التوازن الكيميائي في القواعد الكيميائية للناقلات العصبية ولنظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، وأما لضعف النمو العقي. ونعالج هذه الأسباب فيما يلي:-

١ - **خلل وظائف المخ:** إن عملية انتباه الفرد لمنبه معين تنقسم إلى عدد من عمليات الانتباه الأولية وهي التعرف على مصدر التنبيه، وتوجيه الإحساس للمنبه، ثم تركيز الانتباه عليه . وكل عملية من هذه العمليات الإنتباهية لها مركز عصبي بالمخ مسئول عنها.

فالتعرف على مصدر التنبيه مركزه العصبي في الفصوص الخلفية للمخ (Posner, et al, 1984, 1988)، بينما توجيه الإحساس للمنبه مركزه العصبي وسط المخ (Posner, et al, 1982)، وأخيرا فان التركيز على المنبه مركزه العصبي في الفص الجبهي الأيمن (Swanson, Et al, 1990).

وكل مركز عصبي من المراكز العصبية السابقة يقوم بمعالجة العملية الإنتباهية الخاصة به، ثم ربطها بمحصلة العمليات الإنتباهية الصادرة عن المراكز العصبية الأخرى وإمداد ميكانيزم الانتباه بها والذي يقوم بدوره بإخراج البناء الإنتباهي العام لدى الفرد نحو المنبه مصدر التنبيه.

أما إذا كان هناك خلل في وظائف احد هذه المراكز العصبية فان المعلومات التي يعالجها سوف تصبح مشوشة وغير واضحة، وبالتالي فان الانتباه لدى الفرد سوف يصبح مضطرباً.

وأن أكثر هذه المراكز العصبية اضطراباً هو المركز العصبي المسئول عن تركيز الانتباه وكان يعتقد إلى عهد قريب أن الفصوص الخلفية للمخ هي المسئولة عن ضعف القدرة على التركيز لدى الأفراد المصابين باضطراب الانتباه، وقد ظل هذا الاعتقاد قائماً حتى جاء برادو، وزملاءه (Parado, et al, 1990) وقاموا بفحص تدفق الدم في المخ لدى بعض الأطفال المصابين بهذا الاضطراب وذلك أثناء تركيزهم على منبهات مختلفة، وقد أسفرت نتائج دراستهم على أن تدفق الدم يقل في الفص الجبهي الأيمن لدى هؤلاء الأطفال عند تركيز انتباههم على أي منبه، وان تدفق الدم يعود إلى حالته الطبيعية عندما يتحول انتباههم لمنبهات أخرى، وكذلك فقد أكدوا

على أن الفص الجبهي الأيمن هو المسئول عن ضعف القدرة على التركيز لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب.

وقد ذهب كل من نوسباوم، وبيجلر (Nuddloum & Bigler, 1990) إلى ما هو ابعد من ذلك حيث بينا أن الفص الجبهي الأيمن هو المسئول عن ضعف القدرة على التركيز، والاندفاع وتأخر الاستجابة، والتردد في اتخاذ القرارات، وقد برهنا على صحة اعتقادهما هذا بان احد الشخصيات البارزة في المجتمع الأمريكي قد أصيب بطلق ناري في جبهته عندما تعرض لمحاولة لاغتياله عام (١٩٨١)، ورغم انه قد تم علاجه وشفي تماماً إلا انه ظل طيلة حياته يعاني من ضعف القدرة على التركيز والاندفاع وتأخر الاستجابة والتردد الشديد عند اتخاذ أي قرار حتى لو كان بسيطاً.

٢ – **الناقلات العصبية:** إن الناقلات العصبية للمخ عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ، ويرى العلماء أن اختلال التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية يؤدي إلى اضطراب ميكانيزم الانتباه فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز والحرص من المخاطر ويزداد اندفاعه ونشاطه الحركي، ولذلك فان العلاج الكيميائي الذي يستخدمه الأطباء مثل الدوبامين Dopamine، والنور ايبنفرين Nor Epinephrine يعمل على إعادة التوازن الكيميائي لهذه

الناقلات العصبية وعلاج اضـطراب الانتبـاه، وفـرط النـشاط الحركـي (Tucker & Williamon, 1984).

٣ – **نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ:** إن شبكية المخ عبـارة عـن قواعـد كيميائية تمتد من جذع المخ brainstorm حتى المخـيخ Cerebrum وهـي تعمل على تنمية القدرة الانتباهية لدى الفرد، وتوجيه الانتبـاه نحـو المنبـه الرئيسي وانتقائه من بين المنبهات الدخيلة (عمليـة التـصفية أو الترشـيح للمنبهات، كما تعمل أيضا على رفع مستوى الوعي والحرص من المخاطر.

أما إذا اختل نظام التنشيط الشبكي للمخ فإنه سوف يؤدي إلى اختلال وظائفه، ولذلك يصاب الفرد باضطراب الانتباه، والدليل على ذلك أنه ينتشر بين الملاكمين حيث أن تعرض رأس الملاكم لعدد كبير من الضربات القوية يحدث خللاً دائماً في شبكية المخ ما يؤثر على وظائفها ويؤدي إلى ظهـور أعراض اضطراب الانتباه والتي يكون أبرزها البلادة وانخفـاض مـستوى الوعي، وتعمل العقاقير الطبية المنبهة، ومادة الكافيين الموجودة في القهـوة والشاي على تنشيط النظام الشبكي لوظائف المخ، وتؤدي إلى رفع مـستوى الكفاءة الإنتباهية لدى الفرد.

٤ – **ضعف النمو العقلي:** يؤثر النمو العقلي على الكفاءة الإنتباهية لدى الأطفال فعندما يسير النمو العقلي بصورة طبيعية وفقاً للمرحلة العمرية للطفل، فـان

كفاءته تتحسن كلما زاد نموه العقلي، أما إذا كان نموه العقلـي ضـعيفاً ولا يتمشى مع عمره الزمني فان ذلك سوف يؤدي إلى ضعف المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن الانتباه، وبالتالي تظهر على الطفل أعراض اضـطراب الانتباه، وهذا ما بينه بوندسين (Bundesen, 1990) حيث قدم نظرية عـن الانتباه البصري بيّن فيها أن الكفاءة الإنتباهية تتحسن لدى الطفل كلمـا زاد نموه العقلي، كما ذكر أيضا أن الأطفال ذوي النمو العقلي الضعيف يعـانون من اضطراب الانتباه.

ثانياً: العوامل الوراثية:

تلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في إصابة الأطفـال باضـطراب الانتباه وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكـز العـصبية المسئولة عن الانتباه بالمخ، وإما بطريقة غير مباشرة من خلال نقـل هـذه المورونات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تـؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه.ولقد بينـت العديد من الدراسات العلمية الحديثة أن (٥٠%) تقريباً من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد في أسرهم من يعاني أيضا من هـذا الاضـطراب (Neuvill, 1995)، حيث أن معدل انتشار بين أبناء هذه الأسر يكون مرتفعاً

لدى الأطفال التوائم عنه لدى الأطفال غير التوائم، كما أن معدل انتشاره لدى التوائم يكون مرتفعاً بين التوائم المتشابهة التي تأتي من إخصاب بويضة واحدة في رحم الأم عنه بين التوائم غير المتشابهة التي تأتي من إخصاب بويضتين في رحم الأم (Kaplan, et al, 1994).

ثالثاً: العوامل البيئية:

تلعب العوامل البيئية دوراً ليس هيناً في إصابة الأطفال باضطراب الانتباه، ويبدأ اثر هذه العوامل البيئية منذ لحظة الإخصاب، ولذلك سوف تنقسم المعالجة لهذه العوامل حسب حجم تأثيرها على إصابة الأطفال بهذا الاضطراب إلى ثلاثة مراحل هي: مرحلة الحمل، ومرحلة الولادة، ومرحلة ما بعد الولادة. ونقدم فيما يلي عرضاً مختصراً لهذه المراحل الثلاث.

١- **مرحلة الحمل:** قد تتعرض الأم أثناء فترة الحمل لبعض الأشياء التي تؤثر على الجنين وتجعله عرضة بعد الولادة للإصابة باضطراب الانتباه وذلك مثل تعرضها لقدر كبيرة من الأشعة أو تناولها للمخدرات أو الكحوليات أو لبعض العقاقير الطبية التي تؤثر على الحمل خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، كما إن إصابتها ببعض الأمراض المعدية أثناء فترة الحمل مثل الإصابة بالحصبة الألمانية، والزهري والجدري، والسعال الديكي، وكذلك إصابتها ببعض الأمراض الوراثية أو الأيضية تؤدي أيضا إلى إصابة الجنين

بتلف في المخ بما في ذلك المراكز العصبية المسئولة عن عمليات الانتبــاه، ولذلك فان أطفالهم قد يولدون مصابين باضطراب الانتباه أو يكونون مهيئين للإصابة به.

ونود الإشارة إلى أن الإصابة بتلف المخ في هذه الحالة يصاحبه فـــي بعض الأحيان بعض التشوهات والعيوب الخلقية، ولقد بينت بعض الدراسات العلمية أن الأطفال الذين يولدون ولديهم هذه التـــشوهات والعيــوب الخلقيـــة يعانون من اضطراب الانتباه.

٢ – مرحلة الولادة: هناك بعض العوامل التي تحدث أثنـــاء عمليـــة الـــولادة تتسبب في إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه مما يؤدي إلى ضعف قدرة المخ على معالجة المعلومات، وينعكس ذلك بدوره على العمليـــات العقليـــة الخاصة بالانتباه والتحكم في السلوك مما يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب الانتباه واهم هذه العوامل ما يلي:

أ – ضغط الجفت على رأس الجنين عند استخدامه في عملية الولادة خاصـــة في حالة الولادة المتعسرة.

ب – إصابة مخ الجنين أو جمجمته أثناء عملية الولادة.

ج – التفاف الحبل السري أثناء عملية الولادة وتوقف وصول الأكسجين إلى مخ الجنين.

٣ – مرحلة ما بعد الولادة: إن إصابة الطفل بارتجاج في المخ نتيجة لتعرضه لحادث أو لارتطام رأسه بأشياء صلبة، أو وقوعه على رأسه من أماكن مرتفعة، أو ضرب على رأسه، وكذلك إصابته ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى الشوكية والالتهاب السحائي، والحمى القرمزية تؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ خاصة المسئولة عن الانتباه والتركيز، ولذلك فان الطفل الذي يتعرض لشيء من هذه الأشياء عادة ما يصاب باضطراب الانتباه (Tupper 1987), (Bigler, 1988), Barkley, 1990), * Brown, et al, 1991).

رابعاً: العوامل المتعلقة بالغذاء:

أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة، أو الخضروات والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية تؤدي إلى إصابتهم باضطراب الانتباه.

فلقد بين نوسباوم ، وبيجلر (Nussbaum & Bigler, 190) أن الصبغيات والمواد الحافظة التي تضاف للمواد الغذائية المجهزة تؤدي الى إصابة الطفل باضطراب الانتباه.

كما قام وينبك وزملاؤه (Winneke, et al. 1989) بدراسة هدفت الى فحص العلاقة بين مادة الرصاص في الدم، واضطراب الانتباه لدى

الأطفال، وقد أسفرت نتائج دراستهم على أن هناك علاقة موجبة بين مستوى الرصاص في الدم، ومستوى اضطراب الانتباه بمعنى أنه كلما زادت نسبة الرصاص في الدم زاد مستوى اضطراب الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى الطفل.

كما أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية يؤدي إلى زيادة نشاطه الحركي المفرط، ولقد أجريت عدة دراسات استهدفت فحص العلاقة بين تناول الطفل لمواد سكرية، ونشاطه الحركي المفرط وقد بينت جميعها أن المواد التي يتناولها الطفل لا تؤدي إلى إصابته باضطراب الانتباه، ولكنها تؤدي إلى ارتفاع مستوى نشاطه الحركي من خلال زيادة نسبة الطاقة لديه ((Milick & Pelham, 1986), (Ruesi et a, 1987) , .Rosen, et al, 1988)

خامساً: العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطفل ووالديه:

إن الطفل يحتاج إلى الحب والقبول والدفء العاطفي من والديه مثل حاجته إلى الغذاء والكساء، ولذلك فان أساليب المعاملة الو الدية الصحيحة التي يشعر الطفل منها بالاهتمام والحب من والديه تؤدي إلى توافقه النفسي والاجتماعي، أما أساليب المعاملة الو الدية الخاطئة التي تتم بالرفض الصريح أو المقنع، والإهمال، واللامبالاة بالطفل، والعقاب البدني أو النفسي الشديد

والتي يشعر الطفل منها بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه وكأنه من سقط المتاع فإنها تؤدي إلى إصابته باضطراب الانتباه (Anastopoulos, et a, 1992, Mash & Johnston, 1990).

ولقد قام بـــار كلـــي وزمـــلاءه (Barkley, et al, 1992) بدراســـة استهدفت فحص العلاقة بين أسلوب المعاملة الـــو اليـــة وإصـــابة الطفـــل باضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج دراستهم أن أساليب المعاملة الو الدية الخاطئة التي يشعر الطفل منها بالإهمال والرفض من قبل والديه تؤدي إلـــى إصابته باضطراب الانتباه.

كذلك قام كاب لان وزملاؤه (Kaplan, et al , 1994) بدراسة كـــان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفي من الوالدين وإصابة أبنائهم الأطفال باضطراب الانتباه، وقد تكونت عينة دراستهم مـــن أطفـــال يعيشون في مؤسسات إيداع نتيجة لتصدع أسرهم، وأطفال يعيشون في البيئة الطبيعية مع أسرهم وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة إن اضـــطراب الانتبـــاه يرتفع لدى الأطفال المدعين بمؤسسات الإيداع مقارنة بالأطفال الذين يعيشون مع أسرهم مما يدل على أن الحرمان العاطفي من الوالدين الذي يـــنجم عـــن التفكك الأسري يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب الانتباه.

أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال:

تختلف أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال باختلاف المرحلة العمرية التي يمرون بها حيث نجدها في مراحل الوليد، والمهد، والطفولة المبكرة تأخذ المظهر العضوي، بينما نجدها في مرحلتي الطفولة المتوسطة والمتأخرة تأخذ الشكل السلوكي ، ونشير إلى هذه الأعراض وفقاً لكل مرحلة عمرية من المراحل السابقة فيما يلي:

أولا : أعراض الاضطراب في مرحلة الوليد:

هناك معايير ثابتة للنمو الطبيعي التي يولد بها الأطفال الأسوياء يتمشى فيها وزن جسم الطفل مع طوله حيث يكون وزن الطفل عند الولادة سبعة أرطال ونصف تقريباً، بينما يكون طوله (١٩,٥) بوصة تقريباً (سعدية بهادر، ١٩٨٦).

إما الطفل الذي يولد وهو مصاب باضطراب الانتباه فان وزن جسمه يقل عن معدله بالنسبة لطوله، حيث نجد أن الطفل الذي يبلغ طوله (١٩) بوصة يزن خمسة أرطال وعشر أوقيات، بينما نجد أن الطفل الذي يبلغ طوله (٢٠) بوصة يزن ستة أرطال وأوقيتان، في حين نجد أن الطفل الذي يبلغ طوله (٢١) بوصة يزن ستة أرطال وست أوقيات.

ثانياً: أعراض الاضطراب في مرحلة المهد:

إن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يعانون دائماً من كثرة المشكلات الصحية في مرحلة المهد، لذلك فإنهم كثيراً ما يعانون من المغص المعوي الذي يرجع لعدم قدرة الأمعاء على امتصاص سكر اللبن lactose، كما أن جهاز المناعة لديهم يكون ضعيفاً، ولذلك فإنهم دائماً يتعرضوا لنزلات البرد، والالتهابات الشعبية، والتهابات الأذن، واحتقان الزور.

ثالثاً: أعراض الاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة:

إن الطفل السوي تبرز أسنانه اللبنية فيما بين الشهر السادس إلى الثامن ، وتتساقط تلك الأسنان، وتظهر الأسنان المستديمة فيما بين السنة الخامسة إلى السنة السادسة من عمر الطفل، أما الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه فإن موعد بروز أسنانه اللبنية، وتغييرها بالأسنان المستديمة يتأخر عامين تقريباً عن هذا الموعد لدى الطفل السوي (Jordan, 1988, 1989), (Robson & Pederson, 1997) .

رابعاً: أعراض الاضطراب في مرحلتي الطفولة المتوسطة والمتأخرة:

مع بداية مرحلة الطفولة المتوسطة تأخذ أعراض اضطراب الانتباه شكلها السلوكي، إلا انه يصعب التعرف على الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب قبل التحاقه بالمدرسة وذلك للأسباب التالية:

١ – إن الطفل في عمر ما قبل المدرسة يكون نشيطاً جداً بالفطرة، كما انــه يقضي معظم وقته في اللهو واللعب الذي يتطلب منه تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة.

٢ – إن التليفزيون يقدم برامج مشوقة وسريعة تجذب انتباه الأطفال بما فيهم من يعانون من اضطراب يجلسون أمام التلفزيون لمدة طويلة يشاهدون البرامج المحببة إليهم دون كلل أو ملل.

٣ – إن معظم آباء الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ليست لديهم معلومات سابقة أو خبرة كافية عن هذا الاضطراب، كما أنهم يكونون قد تعودوا على سلوك طفلهم ويرون انه طبيعي خاصة إذا كان هذا الطفــل هــو الوحيد في الأسرة، ومثل هؤلاء الآباء لا يستطيعون التعرف على سلوك طفلهم إلا في المناسبات المختلفة التي تجمع طفلهم مع أطفال آخرين في مثل عمره الزمني مثل الأعياد والأفراح وغيرها.

أما عند التحاق الطفل بالمدرسة، فان الأمر يختلــف حيــث أن البيئــة المدرسية تتطلب من الطفل أن يقوم ببعض الأعمال اليومية المتكررة والتــي تحتاج إلى الاستقرار والنظام وتركيز الانتباه مثل الوقوف في طابور الصباح والجلوس على المقعد في حجرة الدراسة مدة زمنية طويلة لسماع الدرس من المعلم، كما يطلب من الطفل أيضا حل بعض التمرينات في حجرة الدراســة وكذلك يطلب منه المشاركة في الأنشطة الجماعية المختلفة، وان هذه المواقف

وغيرها تمثل اختباراً صعباً للطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه حيث أن المعلم يمكنه تحديد الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب بسهولة خاصة عندما يقارن سلوكياته بسلوكيات أقرانه الذي تضمهم حجرة الدراسة(فيصل محمد خير، ٢٠٠١).

ولما كانت المرحلة الابتدائية تضم أطفالا من مرحلتي الطفولة المتوسطة والمتأخرة، وكانت أعراض اضطراب الانتباه لدى أطفال هاتين المرحلتين العمريتين متشابهة ومتطابقة، لذلك سوف نتعرض لتلك الأعراض لدى هاتين المرحلتين معاً عند الأطفال في عمر الدراسة كما يلي:

أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال في عمر المدرسة:

١ - الانتباه القصير:

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه لا يستطيع تركيز انتباهه على أي منبه أكثر من بضعة ثوان متتالية، ثم ينقطع انتباهه عن هذا المنبه في نفس الوقت الذي تكون فيه المعلومات مازالت تنبعث منه، ولذلك نجد أن انتباه الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب ينتقل بسرعة شديدة بين المنبهات المختلفة لدرجة أن بعض العلماء قد شبهوه بالطلقات النارية من حيث مدى استمراره، وسرعة تنقله بين المنبهات المختلفة (علي الطراح، ١٩٩٦).

٢ – سهولة تشتت الانتباه:

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه يتشتت انتباهــه بــسهولة حتى انه يصعب عليه تركيز انتباهه على منبه معين وتجاهل ما يحدث حوله في البيئة المحيطة به، ولذلك نجده دائماً يحوّل انتباهه تجاه الحركة التي تقع في مجال إدراكه لكي يكتشف ما يحدث حوله.

فعلى سبيل المثال وليس الحصر نجد أن الرائحة النفاذة، ومرور تيار من الهواء، والصوت الذي يصدر عن تقليب صفحات الكتب تجذب انتباه هذا الطفل إليها، وتجعله يحولّ انتباهه لها بعيداً عن المنبه الرئيسي الــذي كــان منتبهاً أليه من قبل.

٣- ضعف القدرة على الإنصات :

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه لديه ضعف فــي القــدرة على الإنصات، ولذلك فانه يبدو وكأنه لا يسمع، ولهذا السب نجده لا يستطيع فهم المعلومات التي يسمعها كاملة، ولكنه قد يفهم منها بعض الحــروف، أو الكلمات أو المقاطع، ويترتب على ذلك أن المعلومات التــي يكتــسبها عــن طريق حاسة السمع تكون مشوشة ومختلطة وغير واضحة، وهــذا بــدوره يؤدي إلى ضعف قدرته على التفكير.(علي الطراح، مرجع سابق).

٤- ضعف القدرة على التفكير:

نظراً لأن الطفل المصاب باضطراب الانتباه يتشتت انتباهه بسهولة، ويعاني من ضعف القدرة على الإنصات، لذلك فان المعلومات التي يكتسبها تكون مبهمة وغير واضحة وغير مترابطة مما يؤدي إلى ضعف قدرته على التفكير فضلاً عما سبق فان الذاكرة بعيدة المدى مضطربة لديه، ولذلك فإنها لا تسعفه بالمعلومات التي يحتاجها عند قيامه بالتفكير في موضوع معين، ولهذا السبب نجده يخطئ كثيراً عند قيامه بعمل الأشياء التي سبق أن تعلمها.

٥- تأخر الاستجابة:

إن العمليات العقلية التي تقوم بمعالجة المعلومات بطيئة جداً لدى الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه، ولذلك فإنها لا تسعفه في استدعاء المعلومات سابقة التخزين التي يحتاجها من الذاكرة بعيدة المدى، ويترتب على ذلك أن هذا الطفل يستغرق وقتاً طويلاً في عملية التفكير، وهذا بدوره يؤدي إلى تأخر استجابته، ومثال ذلك الطفل الذي يقوم بالعد على أصابع يديه عند قيامه بحل مسألة حسابية مما يجعله يستغرق وقتاً طويلاً في عملية التفكير وتكون المحصلة أن هذا الطفل لا يستطيع إنهاء العمل الذي يقوم به في الزمن المقرر لذلك، ولهذا السبب نجده دائماً يحصل على درجات منخفضة في الاختبارات المختلفة للمواد الدراسية والتي لا تتمشى مع مستوى ذكائه العام.

٦ – عدم قدرة الطفل على إنهاء العمل الذي يقوم به :

نظراً لأن الطفل المصاب باضطراب الانتباه يتشتت انتباهه بـسهولة بين المنبهات الدخيلة العارضة بعيداً عن المنبه الرئيسي، ولديه قدرة ضعيفة على التفكير، لذلك فانه يستغرق وقتاً طويلاً في عملية التفكير، وهذا بـدوره يؤدي إلى تأخر استجابته، ولذلك فإنه لا يستطيع إنهاء العمل الذي يقوم بـه بدون تدخل من الآخرين ومساعدتهم له.

٧ – النشاط الحركي المفرط:

يتسم الطفل المصاب باضطراب الانتباه بكثرة حركته البدنية بـدون سبب أو هدف، ولذلك نجده دائماً يترك مقعده ويتجول ذهاباً وإيابا في المكان الذي يوجد فيه بدون سبب، كما انه كثير الحركة والتململ في جلسته علـى مقعده ودائما يتلوى بيديه ورجليه ويقوم بوضع الأشياء التي تقع في متنـاول يده في فمه مثل الأقلام والأدوات الهندسية وغيرها كما يقوم أيـضا بـبعض الحركات الجسدية التي تحدث ضوضاء وتزعج الآخرين فمثلاً قد يفرك فـي الأرض بقدميه ليحدث صوتاً، أو يضرب جوانب منضدته برجليه، أو يحـوم بيديه في المكان الذي يجلس فيه لكي يلتقط الأشياء القريبـة منـه، أو يـدق بالأقلام على المنضدة، وكذلك قد يلقي بكتبه وأدواته الدراسية على الأرض، ويزحف بالكرسي في المكان الذي يجلس فيه، هذا بالإضافة إلى قيامه بعـدد

من السلوكيات غير المقبولة والتي يكمن ورائها فرط النشاط الحركي.(علـــي الطراح ، مرجع سابق).

٨- الاندفاع:

إن الاندفاع من أكثر الأعراض التي تميز الطفل الذي يعـــاني مـــن اضطراب الانتباه، ونلاحظه كثيراً لدى هذا الطفل من خلال كثرة مقاطعتـــه لحديث الآخرين، كما أنه يجيب بدون تفكير عن الأســـئلة قبـــل اســـتكمالها، ويجب أيضاً أن تجاب مطالبه في الحال ويرفض الانتظار في دوره إذا كان مع أطفال آخرين، كما انه يتنقل بسرعة من نشاط أو عمل إلى آخر قبـــل أن ينتهي من النشاط أو العمل الذي بدأه وفضلاً عما سبق فإنـــه يقـــوم بـــبعض الأفعال التي تعرض حياته للخطر دون أن يضع في اعتباره العواقب المترتبة عليها وذلك مثل القفز من أماكن مرتفعة، أو الجري فـــي شـــارع عمـــومي مزدحم بالسيارات دون أن ينظر إلى الطري.

٩ – السلوك الاجتماعي:

إن الطفل الذي لديه اضطراب الانتباه، فضلاً عن سلوكه الذي يتـــسم بفرط النشاط الحركي والاندفاع والذي يؤدي إلى ضجر المحيطين به، فإنـــه أيضا لا يتمسك بالتقاليد والنظم المعمول بها، ولذلك فإنه لا يهـــتم بالـــسلوك الاجتماعي المقبول الذي يرتضيه الآخرون، بل يقوم ببعض السلوكيات الشاذة التي تؤدي إلى اشمئزازهم منه.

فعلى سبيل المثال إذا أراد هذا الطفل أن يهرش جسمه، فإنه يفعل ذلك بطريقة مبالغ فيها، كما انه إذا أراد أن يبعد شيئاً من جـواره كالمنـضدة أو الكرسي مثلاً فعل ذلك بطريقة تحدث ضوضاء شديدة في المكـان، وعنـدما يشترك مع أقرانه في اللعب فانه لا يستطيع أن ينتظر في دوره، بل يخطـف اللعب منهم ويتدخل في أنشطتهم على غير رغبة مـنهم ممـا يـؤدي إلـى ضجرهم منه. ونتيجة لذلك فان هذا الطفل تـضطرب علاقتـه الاجتماعيـة بأقرانه والمحيطين به ويشعر منهم بالنبذ وعدم القبول كعضو في جمـاعتهم، ولذلك فإنه لا يستطيع الاندماج معهم في علاقات اجتماعية حميمة يـسودها الحب والتسامح (فيصل الزراد، مرجع سابق).

١٠ – لوم الآخرين:

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه لا يعترف بأخطائه لكـي يتعلم منها ويتجنبها، وإنما يبرئ نفسه دائماً ويلقي بـاللوم علـى الآخـرين فمثلاً إذا تأخر عن موعد المدرسة يقول أن جرس الطابور دق مبكـراً عـن موعده إذا كسر فازه زهور في المنزل يقول أن القطة هـي التـي كـسرتها وهكذا، وعندما يواجهه احد بأخطائه فانه ينفجر فـي ثـورة مـن الغـضب ويدافع عن نفسه بشدة وعنف، ويرفض الاستماع لما يوجه إليـه مـن نقـد. (محمد الحجار ١٩٨٩).

١١ – التردد:

إن الطفل المصاب باضطراب الانتباه كثير التردد عند اتخاذ أي قرار حتى لو كان بسيطاً، ويزيد هذا التردد لديه في القرارات التي بها اختيار حيث انه يشك في صحة اختياره، وان هذا التردد الكثير في اتخاذ القرارات يجعله يستهلك وقتاً طويلاً في انجاز العمل الذي يقوم به في الزمن المحدد له.

١٢- التصديق المستمر:

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه يصدق كل ما يقال لـــه، ولا يستطيع التفريق بين الحديث الجاد والمزاح، فمثلاً إذا قيل له أن العروسة (الدمية) تتكلم فانه يصدق ذلك، ونظراً لتصديقه المستمر لكل ما يقـــال لـــه، وعدم قدرته على التمييز بين الحقيقة والخيال لذلك فان استجابته دائماً تتـــسم بشدة الانفعال خاصة عندما يكتشف أن ما يقال له غير حقيقي.

١٣- عدم القناعة:

يتسم الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه بشدة الطمع حيـــث لا يقتنع بنصيبه أو ما يخصه ولذلك فإنه يريد أن يأخذ كل الأشياء التي يراهـــا مع أقرانه، وإذا كان هناك شيء يوزع عليهم فإنه يريد أن يأخذ منـــه أكثـــر منهم، فإذا رفض الكبار هدا السلوك من الطفل سواء كانوا آباء أو معلمـــين فإنه يبكي بحرارة ويصرخ بشدة حتى يحصل على ما يريد.

١٤- عدم الثبات الانفعالي:

إن الطفل الذي لديه اضطراب الانتباه غير ناضج انفعالياً ولذلك فـإن انفعالاته دائماً متقلبة، فقد يكون معتدل المزاج، وفجأة ينفجر في ثـورة مـن الغضب يصاحبها بكاء حار بدموع غزيرة، ويقوم بتحطيم الأشياء التي تقـع في متناول يده، ولذلك فإنه دائماً منبوذ من أقرانه، وان هذا التقلب الانفعـالي جعل بعض العلماء يشبهونه بالطفل الرضيع وذلك لعدم قدرته على التحكم في انفعالاته.(لويس كامل مليكه ، ١٩٩٣).

١٥- أحلام اليقظة:

إن الذي ينظر في عيون الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه يرى كأنه يعيش في عالم آخر حيث يستغرق هذا الطفل في النظـر إلـى البيئـة المحيطة به وكأنه يحلم، ولذلك يطلق بعض العلماء علـى الأطفـال الـذين يعانون من هذا الاضطراب بأنهم أطفال أحلام اليقظة أو الأطفال المحلقـون في النجوم.

١٦- التعليقات الشفهية:

إن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب دائماً يقومون بالتعليقات الشفهية على الكلام الذي يسمعونه فقد يرددون بعض مقاطعه أو يحولونـه إلى أسئلة عن طريق استخدام نفس الكلام ولكنهم يقولونه في صيغة سؤال.

١٧- ضعف القدرة على التحدث:

عندما يقوم الطفل المصاب باضطراب الانتباه بالحديث عن واقعة معينة، و سرد قصة فانه لا يستطيع تقديم المعلومات التي يتحدث عنها بصورة منطقية وتسلسل كما أنه لا يستطيع وصف الأشياء ودائماً ينسى الأشياء وفضلاً عما سبق فان جمل حديثه دائماً تكون ناقصة (Barkley, 1988), (Jordan, 1991, 1992),(Grief, 1993).

تشخيص انتباه الانتباه لدى الأطفال:

لقد أشار دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV.1994) الأعراض الرئيسية التي يتم على أساسها تشخيص اضطراب الانتباه لدى الأطفال، ولكنه أكد على أن هذه الأعراض يجب أن تظهر على الطفل قبل التشخيص بستة أشهر متتالية على الأقل، كما أنها يجب أن تظهر قبل عمر سبع سنوات على أن يكون ظهورها في كل من البيئة المنزلية والمدرسية معاً، وهذه الأعراض كما يلي:

أولاً: ضعف القدرة على الانتباه:

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية:

١- يجد الطفل صعوبة في الانتباه لشكل المنبه ومكوناته، ولذلك فإنه يخطئ كثيراً في واجباته الدراسية والأعمال التي يقوم بها، والأنشطة التي يمارسها.

٢- لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة على منبه واحد.

٣- يجد الطفل صعوبة في عمليات الاتصالات، ولذلك فإنه يبدو عند الحديث إليه وكأنه لا يسمع.

٤- لا يستطيع الطفل متابعة التعليمات ولذلك فإنه يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها.

٥- أعماله دائماً تخلو دائماً من النظام والترتيب.

٦- يبتعد الطفل عن المشاركة في الأعمال التي تتطلب منه مجهوداً عقلياً سواء كانت تتعلق بالأنشطة التي يمارسها، أو بالمواد الدراسية.

٧- دائماً ينسى الأشياء الضرورية التي يحتاجها سواء كانت خاصة بالناحية الدراسية مثل الكتب والأقلام والواجبات المنزلية، أو خاصة بالأنشطة مثل الملابس واللعب ....الخ.

٨- يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.

٩- دائماً ينسى الأعمال اليومية المتكررة والمعتادة التي يقوم بها (زياد وعبد العزيز السر طاوي،١٩٨٤).

ثانياً: النشاط الحركي المفرط:

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية:

١- دائماً يتململ الطفل في مقعده ويتلوى بيديه ورجليه.

٢- يظل يمشي ذهاباً وإياباً في المكان الذي يوجد فيه وذلك بدون هـدف أو سبب.

٣- دائماً يجعل المكان الذي يوجد فيه مبعثراً وغير منظم.

٤- دائماً يحدث صخب وضوضاء، ولا يستطيع ممارسة عملـه أو نـشاطه بهدوء.

٥- دائماً يتحدث بكثرة.

ثالثاً: الاندفاع:

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية:

١- يقوم الطفل بالإجابة عن الأسئلة قبل استكمالها.

٢- دائماً عجول ولا يستطيع الانتظار في دوره.

٣- دائماً يقاطع حديث الآخرين، ويتدخل في أنـشطتهم وأعمـالهم(محمـد مصطفى زيدان، ١٩٩٦).

المشكلات التعليمية التي تصاحب اضطراب الانتباه لدى الأطفال:

رغم أن الدراسات العملية الحديثة قد أوضحت أن اضطراب الانتباه يرتبط بالضعف المعرفي والتأخر الدراسي، إلا أنها قد بينت في نتائجها أنه منفصل عن صعوبات التعلم حيث انه قد يوجد اضطراب الانتباه وحده لدى الطفل، وينجم عنه عدد من المشكلات التعليمية التي تؤدى إلى تأخر الطفل دراسياً، كذلك قد توجد صعوبات التعلم وحدها بدون هذه الاضطراب وهى تؤدى أيضاً إلى تأخر الطفل دراسياً، وقد يجتمع هذا الاضطراب مع صعوبات التعلم لدى الطفل في وقت واحد، وهنا تتفاقم المشكلة حيث يزداد مستوى التأخر الدراسي لدى الطفل ويصعب تحسينه (Giler, et al, 1992),(Stephen, et al ,1993) ونظراً لأهمية هذا الموضوع لذلك سوف نتعرض لصعوبات التعلم والتأخر الدراسي لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب فيما يلي:

أولاً : صعوبات التعلم:

تنتشر صعوبات التعلم بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه حيث أن معظمها قد يرجع إما لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة، أو لأنهم يعانون من اضطراب اللغة (Cynthia & George,

(Cavanaugh,et al ,1997),(Stephen, 1996),(1993 وهذا ما بينته نتائج الدراسات السابقة.

فلقد قام كل من سينثا، وجورج (Cynthia & George, 1993) بدراسة استهدفت فحص العلاقة بين اضطراب اللغة وصعوبات التعلم لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن اضطراب اللغة يرتبط بعلاقة موجبة مع صعوبات التعلم لدى هؤلاء الأطفال حيث أن اضطراب اللغة يجعلهم يعجزون عن تقديم الاستجابة الصحيحة التي تدور بمخيلتهم، وفضلاً عن ذلك فإن اضطراب الحديث لديهم يجعلهم يقفزون من موضوع إلى آخر غير قادرين على تقديم الاستجابة الصحيحة في صورة منطقية مسلسلة.

كذلك أجرى ستيفين (Stephen, 1996) دراسة كان الهدف منها التعرف على قدرة الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه على القراءة الصحيحة، وقد تكونت عينة دراسته من ٢١ طفلاً بالمرحلة الابتدائية يعانون من هذا الاضطراب، ٢١ طفلاً من أقرانهم الأسوياء الذين لا يعانون من هذا الاضطراب، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه لا يستطيعون قراءة المادة المقروءة قراءة شاملة حيث أنهم يقفزون من جملة إلى أخرى تاركين بعض السطور أو الفقرات بدون قراءة،

ولذلك فإن ما يستقبلونه من معلومات مقروءة تكون غير مترابطة وغير مفهومة مما يجعلهم يصنفون بأنهم يعانون من صعوبات تعلم.

وأخيراً قام كافانو وزملاؤه (Cavanaugh, et al, 1997) بدراسة العلاقة بين صعوبات التعلم بصفة عامة، واضطراب الانتباه لدى الأطفال، وقد بينت نتائج دراستهم أن هناك علاقة ارتباطيه بين صعوبات التعلم وهذا الاضطراب، كما أوضحت النتائج أيضاً أن صعوبات التعلم تنتشر بين ٣٠% من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب

ثانياً: التأخر الدراسي:

لسنا بصدد الحديث عن أسباب التأخر الدراسي بصفة عامة في هذا المجال، ولكننا سوف نقوم بمعالجة المشكلات التي تنجم عن إصابة الطفل باضطراب الانتباه، وتؤدى إلى تأخره دراسياً ونوجزها فيما يلي:

١- **ضعف القدرة على الفهم:**

إن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يعانون من فهم المعلومات التي يستقبلونها سواء كانت شفهية أو مكتوبة .فبالنسبة للمعلومات الشفهية فقد أوضحت نتائج الدراسات الحديثة أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لا يفهمون أكثر من ٣٠% من جميع المعلومات التي يسمعونها، وهذه حقيقة

علمية خطيرة توحي بأن الطفل الذي يعانى من هذا الاضطراب لا يفهـم إلا ثلث المعلومات التي يتلقاها خلال اليوم الدراسي.

كذلك فإن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف القدرة على الاتـصالات ويبدون وكأنهم لا يسمعون، ولذلك تضعف قدرتهم على فهم جميع المعلومات التي يستقبلونها عن طريق حاسة السمع، ونود الإشارة إلى أن ضعف القدرة على الإنصات لدى هؤلاء الأطفال ليس لها علاقة بالقدرة على السمع، حيث أن حاسة السمع لديهم سليمة وتعمل بطريقة جيدة ،ولكن الجهاز العصبي لدى هؤلاء الأطفال يتصف بضعف القدرة على معالجة المعلومـات المـسموعة وربطها بالمعنى.

ويتضح ذلك عندما يوجد الطفل الذي يعانى من هذا الاضطراب مـع آخرين يتحاورون، حيث يشعر الطفل بأنه في عزلة سمعية تبعده عن فهم ما يدور في الحوار، ولذلك فإنه يبتعد عن المشاركة في هذا الحوار لأن خيوطه تكون غير واضحة لديه، وإذا اشترك معهم في الحوار فلأن حديثه لا يرتبط بما يدور فيه. فعلى سبيل المثال إذا كان المعلم يقوم بشرح الدرس وسئل هذا الطفل سؤالاً فإن إجابته تبتعد تماماً عن السؤال الذي طرحه المعلـم عليـه، ولذلك نجد أن الأطفال المصابين بهـذا الاضـطراب دائمـاً يخفقـون فـي الاختبارات الشفهية بالمدرسة وذلك لعدم قدرتهم على فهم الأسئلة.

ونخلص مما سبق أن الجهاز العصبي المركزي لدى الطفل المصاب باضطراب الانتباه لا يستطيع معالجة كل المعلومات السمعية والبصرية التي يستقبلها، ولذلك نجد أن قدرته على الفهم ضعيفة جداً ويترتب على ذلك انـــه يخطئ أيضا في الاستجابة. (نعيم عطية، ١٩٩٥).

٢- الاستجابة الخاطئة:

ترجع الاستجابة الخاطئة للطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه أمـــا لضعف قدرته على الفهم والتي سبق الإشارة إليها، أو لضعف قدرته علـــى التذكر حيث لا تسعفه العمليات العقلية على استدعاء العمليات العقلية علـــى استدعاء المعلومات الضرورية التي يحتاجها في هذا الوقت من الذاكرة بعيدة المدى، ولذلك فان معظم استجابته تكون خاطئة، ويمكننا أن نشاهد ذلك لـــدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب عندما يقوم بالقراءة، أو بحل مـــسألة فـــي الرياضيات حيث نجده يخطئ كثيراً في القراءة لأنه ينسى أسماء الحـــروف، كما انه يخطئ أيضا في الرياضيات لأنه ينسى أســـماء الأشـــكال الهندســـية وعلامات الجمع والطرح والقسمة، ولذلك فإنه يتوقف كثيـــراً ليبحـــث فـــي ذاكرته عن هذه المعلومات التي نسيها، وعندما لا تسعفه الذاكرة فإنه يجيـــب بإجابات خاطئة، ويؤثر ذلك على أدائه خاصة إذا كان يجيب على اختبار ما مما يجعله يحصل فيه على درجات منخفضة.

وفي بعض الأحيان تعمل الذاكرة بطريقة جيدة عندما يبدأ الطفل فـــي عمل معين، ولكنها سرعان ما تضعف، ويزداد هذا الضعف تدريجياً كلما زاد حجم العمل الذي يقوم به الطفل وزادت معه الفترة الزمنية التي يستغرقها هذا العمل، فعلى سبيل المثال وليس الحصر إذا كان هذا الطفل يقوم بحل عدد من المسائل في مادة الرياضيات، فإنه قد يحل المسألة الأولى بدون أخطاء، ولكنه يخطئ في المسألة الثانية خطأً بسيطاً، ويزداد حجم هذا الخطأ مع كل مسالة جديدة يقوم بحلها حتى يصبح الخطأ كلياً (حامد الفقي،١٩٨١).

وتجدر الإشارة إلى أن الطفل الذي يعاني من هذا الاضـــطراب يقـــوم بالاستجابة الخاطئة رغماً عنه، ودون قصد منه حيث يرجع ذك لعدم قدرتـــه على التحكم في جهازه العصبي وعملياته العقلية المضطربة، ولـــذلك فـــان المعلم عندما يقوم بعقاب هذا الطفل وتوبيخه على أخطائه فإن الطفل يـــشعر بالفشل والدونية ويكوّن مفهوماً سالباً عن ذاته.

٣- **كثرة النسيان:**

إن كثرة النسيان من أهم السمات التي يتسم بهـــا الطفـــل المـــصاب باضطراب الانتباه، ولذلك نجده دائماً ينسى في الصباح بعض كتبه وأدواتـــه الدراسية التي سيستخدمها في هذا اليوم الدراسي، وأثناء عودته من المدرسة فإنه ينسى أيضا بعض كتبه وأدواته التي أخذها معه في الصباح إلى المدرسة

كما يحدث ذلك أيضا أثناء تنقل الطفل من حجرة الدراسة إلى حجرة النشاط والعكس، وكذلك ينسى الطفل حل واجباته الدراسية بالمنزل واستذكار دروسه التي يجب عليه استذكارها، ومحصلة كل ذلك أن مستوى التحصيل الدراسي لدى هذا الطفل ينخفض ولذلك فإنه يتأخر دراسيا.

ونظراً لأن النسيان الدائم سمة أساسية تميز الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب، لذلك يجب على المعلم أن يدوّن له في دفاتره الواجبات المنزلية المطلوب منه حلها في هذا اليوم، ويدون له أيضا الكتب والأدوات الدراسية التي يجب عليه أن يحضرها معه في اليوم التالي، وذلك لأن الجهاز العصبي لدى هؤلاء الأطفال لا يستطيع الاحتفاظ بالمعلومات الشفهية التي يسمعونها لمدة طويلة تسمح لهم بتذكرها بعد ذلك. (سيد عثمان، ١٩٨٩).

٤- شرود الذهن:

إن العملية التعليمية تتطلب من الطفل أن يركز انتباهه على المنبه الرئيسي وتجاهل المنبهات الأخرى التي ليس لها علاقة بالمنبه الرئيسي والتي تسمى بالمنبهات الشاذة أو الدخيلة، وهذا الأمر يشكل صعوبة بالغة للطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه حيث يتشتت انتباهه بسهولة بين المنبهات الداخلية بعيداً عن المنبه الرئيسي في العملية التعليمية. فعلى سبيل المثال نجد أن سقوط القلم على الأرض، والصوت الذي يحدث أثناء تقليب

صفحات الكتب، والصوت الذي يأتي من خارج حجرة الدراسة، أو الحركة البسيطة لأي كرسي من الكراسي التي يجلس عليها التلاميذ في حجرة الدراسة تجذب انتباه هذا الطفل إليها بعيداً عن المعلم وما يقدمه من معلومات جديدة في الدرس.

ونود الإشارة إلى أن التشتت المتكرر لانتباه الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يجعله لا يكمل العمل الذي يقوم به. فمثلاً إذا كان الطفل يقوم بحل عدة مسائل في مادة الرياضيات وتشتت انتباهه لأي منبه آخر، ثم عاد بانتباهه مرة أخرى لإكمال العمل الذي يقوم به، فإنه يعتقد أن المسألة التي كان يقوم بحلها قد انتهت، ويبدأ في حل مسألة جديدة ولم يدرك أن انتباهه كان مشتتاً بين منبهات أخرى جعلته لا ينهى حل المسألة السابقة، ويحدث ذلك دائماً في كل مرة يتشتت فيها انتباه هذا الطفل. ولذلك فان المعلم عندما يقوم بمراجعة عمله فانه يجد فيه فجوات كثيرة ويتهمه بالتقصير، وهذا الأمر يثير دهشة هذا الطفل لكنه يعتقد انه قد أنهى العمل الذي كان يقوم به عندما توقف، ولا يدرك أن انتباهه كان مشتتاً (محيي الدين توق ، ١٩٩٢).

٥- نمط التفكير:

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه لديه قدرة ضعيفة على التفكير، كما أن نمط تفكيره غير مترابط، ولذلك نجده يستغرق في التفكير

في موضوعات هامشية بعيدة كل البعد عن العمل الذي كان يقوم به وذلك مثل كلمة سمعها من احد الزملاء، أو مشهد رآه في الطريق، كما أن أفكاره تنتقل بسرعة شديدة من فكرة إلى أخرى، ومن موضوع إلى آخر ولذلك فإنه لا يستطيع تركيز تفكيره على العمل الذي يقوم به مما يجعله مليئاً بالأخطاء.

٦- الكتابة الرديئة:

إن كتابة الطفل المصاب باضطراب الانتباه مليئة بالأخطاء اللغوية حتى لو كان الطفل يقوم بالنقل من كتاب أمامه. فمثلاً عندما يقوم هذا الطفل بإعادة كتابة بعض الصفحات من كتاب القراءة، أو نقل درس من على السبورة نجد أن الصفحة الواحدة مما كتبه مليئة بالأخطاء اللغوية رغم أن الطفل يرى أمامه الكلمات التي يكتبها وفضلاً عن ذلك فان الصفحة التي كتبها تكون أيضا مليئة بالمحو والشطب، مما يجعل الشكل العام لها رديئاً، ولذلك فانه دائماً يخفي دفاتره عن المعلم حتى لا يرى ما بها من أخطاء ومحو وشطب وإذا اضطر إلى تقديمها للمعلم، فانه يقدمها له بخجل واستحياء لسوء ما تحتويه (إسحاق رمزي، ١٩٨٩).

٧- تجنب الموقف التعليمي:

إن الطفل المصاب باضطراب الانتباه يحاول أن يبتعد بشتى الطرق عن المواقف التعليمية بصفة عامة، والتي تحتاج إلى تفكير وجهد عقلي بصفة خاصة، ولذلك فانه يحاول تجنب هذه المواقف بحيل شتى حيث نجده يشتكي

مثلاً من صداع في رأسه أو الم في بطنه، أو أنه يخرج من حجرة الدراسة لكي يذهب لدورة المياه، أو لاستعارة شيء من صديقه أو شقيقه الموجود معه في صف آخر بالمدرسة، وعندما يخرج من حجرة الدراسة فإنه يتباطأ في الرجوع إليها.

أما داخل حجرة الدراسة فان هذا الطفل يحاول أن يتجنب الموقف التعليمي من خلال قيامه ببعض الأفعال التي تستهلك وقتاً طويلاً، فمثلاً نجده يستغرق وقتاً طويلاً في مسح السبورة، أو بري القلم أو البحث عن شيء من أدواته في حقيبة كتبه، وإذا عجز عن تجنب الموقف التعليمي بأي حيلة من الحيل السابقة أو غيرها فانه يجلس على مقعده ويهيم بخياله في عالم آخر من أحلام اليقظة بعيدا عن العملية التعليمية.

وفي محاولة أخرى لتجنب الموقف التعليمي نجد أن هذا الطفل يتأخر دائماً عن زملائه سواء كان ذلك في الحضور إلى المدرسة في الصباح، أو في الدخول إلى حجرة الدراسة بعد طابور الصباح أو طابور الفسحة أو عند التنقل من حجرة النشاط إلى حجرة الدراسة (Jordan, 1992), (Cavanaugh, 1997), Vaulting & Whitehurst,1997), (Purvis & Tanoak, 1997)

أن المشكلة التعليمية التي تنجم عن هذا الاضطراب تؤدي إلى تأخره دراسياً، كما أن قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة يؤدي أيضا إلى اضطراب علاقته الاجتماعية مع المحيطين به خاصة أقرانه ومحصلة كل ذلك أن الطفل يشعر بالفشل وينخفض تقديره لذاته ، كما انه يشعر بالوحدة النفسية، والقلق والاكتئاب، وغيرها من الاضطرابات الانفعالية الأخرى.

أما بالنسبة للوالدين فالبعض منهم يعتقد انه هو السبب في إصابة طفلهم باضطراب الانتباه ولذلك فإنهم يشعرون بالذنب. كما أن السلوكيات غير الاجتماعية التي يقوم بها طفلهم المصاب بهذا الاضطراب تؤدي إلى توترهم وتسبب لهم ضغوطاً نفسيه كثيرة تنعكس على العلاقة بين الوالدين والتي قد تؤدي في بعض الأحيان إلى التصدع الأسري، ومن هنا كان تدخل العلاج النفسي والذي أما أن يوجه للطفل المصاب بهذا الاضطراب، وأما أن يوجه لوالديه بهدف تخفيف حدة هذه الاضطرابات الانفعالية سالفة الذكر لديهم.

وفضلاً عما سبق فان العلاج النفسي يقدم للوالدين المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب ويبين لهم الاضطرابات الانفعالية التي تصاحبه، كما انه يقدم لهم بعض التوجيهات التي تساعدهم على التعامل مع طفلهم الذي يعاني من هذا الاضطراب، كما يقدم لهم أيضا بعض

الإرشادات التي يمكن من خلالها مساعدة طفلهم على الـتخلص مـن هـذا الاضطراب، أو تخفيف حدته، ومساعدة الطفل علـى التكيـف مـع البيئـة المحيطة به (Kelly & Aylward, 1992). وسوف نفرد لمـشكلة التـأخر الدراسي في موضع آخر.

العلاج التربوي:

إن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد لدى بعضهم صعوبات تعلم تلازم هذا الاضطراب والتي أما أنهـا تكـون سـبباً أو نتيجـة لهـذا الاضطراب، كما يوجد لدى بعضهم الآخر هذا الاضطراب بدون صـعوبات التعلم.

فإذا كان الطفل يعاني من اضطراب الانتباه،ولديه أيـضا صـعوبات تعلم فإنه في هذه الحالة يحتاج غالى خطة تعليمية خاصة حيث يجب أن تكون حجرة الدراسة العادية التي يدرس فيها مع أقرانه الأسوياء مجهزة بطريقـة خاصة بحيث يكون موقعها بعيداً عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التـي تشتت الانتباه السمعي لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب، كما يجب أيضا أنّ تكون جيدة الإضاءة والتهوية ومؤثثة بأثاث سليم يريح الطفل في جلـسته حيث أن الكرسي المكسور، أو صغير الحجم يجعل الطفل يشعر بالقلق وعدم الراحة في جلسته مما يؤدي إلى زيادة تململه وكثرة حركته البدنيـة والتـي

توجد أساسا لدى الطفل، كما يجب أيضا أن تخلو حجرة الدراسة من اللوائح التي تعلق على الجدران وغيرها من الأشياء التي تؤدي إلى تشتت الانتباه البصري لدى هذا الطفل.

وفضلاً عما سبق يجب أن تكون هناك حجرة دراسية أخرى مجهزة بنفس الطريقة السابقة لكي يتم فيها التدريس للطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب بطريقة فردية، كما يجب أن يقوم بهذا التدريس معلم آخر غير الذي يدرس لهذا الطفل في اليوم الدراسي العادي، والهدف من ذلك هو تنوع الموقف التعليمي ومصدر المعلومات، لأن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه سريع الملل من النمط المتكرر، ولذلك فان تغيير حجرة الدراسة، والاستعانة بمدرس آخر تختلف شخصيته وطريقة أدائه عن المعلم الأساسي للطفل يجعل هناك تشويقاً في الموقف التعليمي، ويساعد الطفل على التركيز مما يؤدي إلى رفع مستوى تحصيله الدراسي.

أما إذا كان الطفل يعاني من اضطراب الانتباه بدون صعوبات تعلم فانه في هذه الحالة يحتاج إلى بعض العناية والاهتمام الخاص في حجرة الدراسة العادية مع أقرانه الأسوياء من حيث أن تشتت انتباهه وضعف قدرته على الإنصات، وعدم قدرته على متابعة التعليمات، وما يعانيه من اندفاع، وفرط في النشاط الحركي يؤثر بطريقة مباشرة على تلقيه للمعلومات، ومدى

فهمه لها، ولذلك إذا استطاع المعلم السيطرة في حجرة الدراسة العادية على هذه الأعراض لدى هذا الطفل، أو تخفيف مستوى حدتها من خلال استخدام المعلم لبعض الإستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه مثل هذا الطفل والسيطرة على سلوكه غير المرغوب في موقف تعليمي يتسم بالإثارة والتشويق، فإن مستوى التحصيل الدراسي سوف يرتفع لدى هذا الطفل. (محمد حمدي حجازي،١٩٩٠).

كما يجب على المعلم أن يعرف كيف يتعامل ويتفاعل مع الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه، حيث أن النقد الذي يوجهه المعلم له يقابله هذا الطفل بالعناد والسلوك العدواني (Bart & Anna, 1992).

أما التفاعل الإيجابي بينهم والذي يمكن أن يشارك فيه أقران هذا الطفل من الأسوياء فإنه يساعده على تكوين مفهوم موجب عن ذاته، كما يساعده أيضا على التخلص من سلوكه المشكل، وينمي لديه القدرة على تركيز انتباهه على العملية التعليمية، ولذلك فان مستوى تحصيله الدراسي يرتفع وهذا ما أكدته بعض الدراسات العلمية الحديثة.

فقد قام جنيفر وتوم (Jennifer & Tom, 1994) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الوضع الاجتماعي بين الأقران وتقدير الذات لدى الأطفال

الذين يعانون من اضطراب الانتباه، وقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال الذين يدرسون بالصف الثالث الابتدائي حيث كان من بينهم ٨ أطفال يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي مفرط ، وطفلان يعانون من هذا الاضطراب بدون فرط النشاط الحركي، و٢٦ طفلاً من الأسوياء، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطيه سالبة بين الوضع الاجتماعي للطفل بين أقرانه، وتقديره لذاته، كما كانت هناك علاقة ارتباطيه سالبة أيضاً بين اضطراب الانتباه وتقدير الطفل لذاته. بمعنى أن هذا الاضطراب يزداد لدى الطفل كلما انخفض تقديره لذاته.

كما أجرى جون وزملاؤه (John, et al, 1995) دراسة كان هدفها التعرف على طبيعة علاقة كل من المعلم والأقران بالطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه، وأثرها على سلوكه المشكل في حجرة الدراسة، وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب الانتباه، وأقرانهم الأسوياء بحجرة الدراسة، ومعلم الفصل، وقد تراوحت أعمار الأطفال في عينة الدراسة بين (٧-٩) سنوات.

وقد بينت النتائج أن التفاعل السلبي بينهم كان يؤدى إلى زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين باضطراب الانتباه، بينما كان التفاعل الايجابي بينهم يقلل من عدد وحدة السلوكيات المشكلة لديهم.

كذلك قام كل من جورج ، وباتريكيا (George & Patricia, 1993) بدراسة كان هدفها التعرف على مدى فاعلية التفاعل الايجابي بين الأقران في خفض أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال، وأثر ذلك علـى تحـصيلهم الدراسي. وقد بينت النتائج أن التفاعل الايجابي مع الأقران يرفع تقدير الذات الموجب لدى الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب، كما أوضحت النتـائج أيضا أن هذا التفاعل الإيجابي قد أدى إلى زيادة تركيز الانتباه لدى هذا الطفل على العملية التعليمية وقلل من نشاطه الحركي المفـرط، كمـا أن مـستوى تحصيله الدراسي قد ارتفع.

الشروط الواجب توافرها في العلاج التربوي:

يحتاج العلاج التربوي إلى بعض الشروط الواجب توافرها حتى يكتب له النجاح ونشير إلى أهمها فيما يلي:

١ – يجب أن يحسن اختيار المعلم الذي سيقوم بالتدريس للأطفال المـصابين باضطراب الانتباه بحيث يتمتع بالصبر، ويكون لديه الاستعداد النفـسي والبدني للعمل مع هؤلاء الأطفال، وذلك لأن العمل مع هؤلاء الأطفـال يحتاج إلى صبر وجهد أكثر مما يحتاجه مع الأطفال الأسوياء.

٢ – أن يتم تدريب هذا المعلم على كيفيـة التـدريس للأطفـال المـصابين باضطراب الانتباه، وتزويده بفنيات العلاج التربوي التي تساعده علـى نجاحه في عمله معهم.

٣ – يجب أن يتم تكوين فريق عمل بالمدرسة يتكون من مدير المدرسة والمعلم الذي تم اختياره ليقوم بالتدريس للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي، والزائرة الصحية أو الممرضة إن وجدت، ويجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن اضطراب الانتباه لدى الأطفال من حيث أسبابه وأعراضه، ومظاهره السلوكية، والاضطرابات السلوكية الانفعالية والتعليمية التي تصاحبه.

٤ – يجب أن يقوم فريق العمل بوضع خطة علاجية شاملة يشترك فيها أعضاء هذا الفريق كل حس تخصصه، كما يجب أن يقوم كل عضو بمتابعة الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب كل حسب تخصصه، ويقوم بتسجيل أية ملاحظات لمناقشتها مع فريق العمل، فمثلاً يقوم المعلم بتدوين كل الملاحظات التي تشير إلى أعراض اضطراب الانتباه في حجر الدراسة مثل سقوط الطفل من على الكرسي، أو تشتت انتباهه بسهولة، أو كتابة جملة واحدة في مدة زمنية طويلة ... وهكذا.

٥ – يجب أن يكون هناك اتصال مستمر بين فريق العمل، وأسرة الطفل لكي يحصلوا من الوالدين على بعض المعلومات المتعلقة بالتاريخ التطوري لهذا الاضطراب، وكذلك أعراضه في البيئة المنزلية لكي يمدوا الوالدين أيضا ببعض الإرشادات التي يمكنهم الاستفادة منها في البيئة المنزلية.

٦ – بعض الآباء ليس لديهم دراية أو أية معلومات سابقة عـن اضـطراب الانتباه، كما أنهم لا يعلمون أن طفلهم مصاب بهذا الاضطراب، ولذلك يجب على فريق العمل عدم تبليغهم مباشرة بان طفلهم يعاني من هـذا الاضطراب ولكنهم يقولون للوالدين أن المعلم قد لاحظ على طفلهم عدم الانتباه، وكثرة نشاطه الحركي والسقوط من على الكرسي، وغيرها من الأعراض التي يلاحظها المعلم على الطفل الـذي يعـاني مـن هـذا الاضطراب في حجرة الدراسة، وبعد مرور فترة زمنية مـن التعامـل والتعاون بين فريق العمل والوالدين يمكن تبليغهم تدريجياً بأن طفلهـم يعاني من هذا الاضطراب.(لويس مليكه، مرجع سابق).

العلاج الأسري:

تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفـال المـصابين باضـطراب الانتباه وذلك مثل الاندفاع والعدوان والعناد ونوبات الغضب الشديد، وغيرها من أشكال السلوك غير المقبول اجتماعياً، وهذه الاضطرابات السلوكية ينجم عنها اضطراب في علاقة الطفل بالمحيطين به مما يجعله يعاني مـن عـدم القدرة على التكيف الاجتماعي مع البيئة الاجتماعية المحيطة به.

كما أنها تؤدي إلى اضطراب علاقة الطفل بوالديه مما يجعل الجـو العام للأسرة مشوباً بالتوتر وشدة الانفعال خاصة في الأسر التي يكون فيهـا

الوالدان ليس لديهم المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب، والاضطرابات السلوكية التي تصاحبه وكذلك الوالدان الذين تنقصهم الخبرة الكافية في التعامل مع هؤلاء الأطفال.(فيصل الزراد، مرجع سابق).

وإن مثل هذا التفاعل السلبي بين الطفل ووالديه يؤدي إلى حدوث فجوة في العلاقة بينهم يترتب عليها انخفاض التفاعل الإيجابي بينهم، وزيادة المشكلات السلوكية لهذا الطفل (Lorber &Patterson, 1981) ومن هنا جاء دور العلاج الأسري حيث أن هدفه الأساسي هو تعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب باضطراب الانتباه لكي تصبح ملائمة لهذا النوع من العلاج، وذلك لأن المشكلات العائلية والخلافات الزوجية تعوقه عن تحقيق الأهداف المرجوة منه كما يهدف أيضا إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل (Barkley, 1981)، حيث يتم ذلك من خلال تدريب الوالدين على برامج صممت من اجل تحقيق هذا الهدف.

اضـطرابات الـهوية الجـنسـية

Sexual Identity Disorder

اضطراب حاد ينتاب الطفل حول جنسه وإصراره على أنه من الجنس الآخر، أو رغبته الملحة في أن يصبح من جنس غير جنسه، مع الرفض الدائم للتركيب التشريحي، والانشغال بأنشطة من هم من غير جنسه، أو التعبير الصريح عن رغبة الطفل في أن يكون من جنس غير جنسه.

فالبنات المصابات بهذا الاضطراب، يمارسن الألعاب الخشنة ويلعبن دور الذكور، ويخترن ألعابهن مثل المسدسات، ويبتعدن عن اللعب بالعرائس، وأحياناً يرفضن التبول جالسات، وربما يدعيان أنهن سوف يـصبح لـديهن قضيب، وتقول الطفلة من هذا النوع أنه لن ينمو لها ثديان. أما الذكور مـن أصحاب هذا الاضطراب، فتكون مظاهر تخنثهم واضحة فـي حـبهم لـبس الفساتين، ولعبهم بالعرائس، مع إصرارهم على ذلك حتى لو أرغموا علـى الابتعاد عنه. ويشكو هؤلاء الأطفال الذكور من أنهم لا يحبون اللعـب مـع الأولاد، كما يهتمون بما تلبس أخـواتهم البنـات وأمهـاتهم، وكـذا أدوات الماكياج. ويعلن الأولاد المصابون بهذا الاضطراب أنهم حينما يكبرون سوف يصبحون نساء؛ وفي ندرة من الحالات، يعلن الطفل عن أن قـضيبه مقـزز ويتمنى أن يختفي هذا العضو.

ويبدو أن اضطراب الهوية الجنسية لدى الأطفال غير الانتشار، ويكثر في العيادات النفسية بين الذكور عنه بين الإناث، ويصبح تشخيص الحالة لدى الإناث من الأطفال أصعب منها لدى الذكور، ربما لعوامـــل مثـــل اســـتنكار المجتمع لتخنث الولد وتحمله خشونة البنت، وغالباً ما يُنظر إلى خشونة البنت نظرة تقترب من الطبيعة. ويقدر عدد الذكور المحالين للعلاج بسبب شـــذوذ النمو الجنسي بنسبة ١٥ : ١ للإناث. وعموماً، فالبنات الخشنات في مراحل الطفولة في الغالب تختفي عنهن مظاهره في المراهقة. ويبدأ هذا الاضطراب قبيل الرابعة من العمر، ويزداد عمر المدرسة الابتدائية، وبخاصة في الفئـــة العمرية ٧ – ٨ سنوات. كما أن نسبة تتراوح بين ٣٣ – ٦٦% من الأطفال الذكور المصابين بهذا الاضطراب يحدث لهم توجه نحو نفس الجنس (مثلي) في المراهقة، وهناك نسبة أقل من الأطفال الإناث مضطربي الهوية الجنسية ذوات توجه جنسي مثلي.

وحينما يكبر الأطفال وقد صاحبهم هذا الاضـــطراب، فإنـــه يمكـــن تصنيفهم إلى ثلاثة أشكال:

١. فئة المخنثين (Transvestite): وهم من يهتمـــون ويـــستمتعون بلـــبس ملابس الجنس الآخر، ولو كان الأمر سراً.

٢. فئة الجنسية المثلية (Homosexual): وهم ذوي الشذوذ الجنسي الذي يحصلون على إثارتهم من نفس الجنس.
٣. فئة تغيير الجنس "عبر الجنس" (Transsexual) وهم فئة الانقلاب الجنسي، والذي يرغبون في التغيير الجنسي والهرموني والرسمي بشدة.

لذا فإن على الوالدين ألا ينظرا إلى هذه المشكلة باعتبارها مرحلة عابرة سوف يتجاوزها الطفل؛ إذ أن التوتر الانفعالي وعدم الارتياح والألم المرافق للمشكلة يستمر في الغالبية العظمى من الحالات عبر مرحلة الرشد.

وفي الوقت نفسه الذي ينبغي أن يهتم فيه الوالدان بملاحظة أية مؤشرات لوجود مشكلة في الدور الجنسي لدى الطفل، عليهما ألا يذهبا إلى حد التطرف فيصبحا منشغلين لأن ابنهما يفضل النشاطات الفنية السلبية على الألعاب التنافسية. هذا وقد أصبح هناك تأكيد متزايد في السنوات الأخيرة على عدم إرغام الأطفال على الإذعان لقواعد الدور الجنسي الجامدة والضيقة، مثل الضغط على الأولاد ليمنعوا مشاعر الخوف لديهم ويتمثلوا بالنموذج الذكري لأبطال الشاشة. إن من المقبول اليوم – بشكل عام – القول بأن الشخصية السوية تضم عناصر من خصائص الذكورة والأنوثة، والشخص المزدوج سيكولوجيا هو الشخص الذي يمارس بإرادته نشاطات ذكرية وأنثوية في آن واحد، فهو مؤكد لذاته أو مطاوع حسب ما يتطلب

الموقف. وتشير نتائج الدراسات إلى أن الالتزام الجامد بالتطبيع الجنسي الضيق (سواء بالاتجاه الذكري أو الأنثوي) يحد من تكيف الشخص ومن حريته في التعبير عن ذاته. وبالمقابل، تظهر نتائج البحوث أن الشخص المزدوج الجنس سيكولوجيا يظهر تكيفاً سلوكياً في المواقف المختلفة، ويقوم بالتصرف المناسب بغض النظر عن المعايير الشائعة للدور الجنسي. فمثلاً، يُظهر الذكور مزدوجي الجنس مستوى عالياً من الرعاية للغير ومن الميل إلى اللعب (وهي سلوكيات تعتبر أنثوية)، كما تظهر الإناث مستوى عاليا من الاستقلال عن الضغوطات الاجتماعية (وهو سلوك يعتبر ذكرياً).

ولقد وجدت الدراسات التي أجريت على طلبة الجامعات، أن حوالي 50% منهم يتمثلون الأدوار الجنسية التقليدية، وحوالي ١٥% يغلب عليهم طالب الجنس الآخر، وحوالي ٣٥% هم من مزدوجي الدور الجنسي. وتلتقي هذه النتائج من نتائج بحوث أخرى وجدت أن حوالي ٥٠% من النساء الراشدات ذكرن أنهن كن يتصرفن بذكورية في طفولتهن؛ وتشمل هذه التصرفات الذكرية تفضيل الألعاب النشطة خارج البيت واللعب مع الأولاد وارتداء "الجينز"، وهي تصرفات يبدو أنها شائعة بين الإناث!. وإذا كانت لدى البنت بالإضافة لذلك اهتمامات أنثوية وكانت راضية عن هويتها الأنثوية، فهي تعتبر مزدوجة الجنس وحسنة التكيف. كما أن الوالد الذي لا

يميل إلى العدوان ويتجنب ألعاب العنف والصخب ويكثر من أحلام اليقظة، يجب ألا تعتبر حالته مشكلة إذا كان سعيداً لكونه ولداً. وإن المهم هو أن يصنف الطفل نفسه بشكل صحيح تبعا لجنسه البيولوجي، وأن يكون راضياً عن هذا التصنيف.

وفيما يلي بعض الإشارات التي ينبغي ملاحظتها لمعرفة فيما إذا كان لدى الطفل مشكلة في الدور الجنسي أو الهوية:

١. أن يعبر الولد الصغير باستمرار عن تفضيله لهوية الجنس الآخر؛ كأن يقول الولد الصغير "أنا بنت"، أو "أرغب عندما أكبر في أن أصبح أما ويصبح لدي أطفال".
٢. أن يرتدي الطفل باستمرار ملابس الجنس الآخر.
٣. أن تظهر لدى الطفل ميول كميول الجنس الآخر، أو يلعب دور الجنس الآخر. ويظهر ذلك كمشكلة إذا لم يكتف الولد بتفضيل الألعاب والدمى التي تعتبر أنثوية، بل كان أيضا يظهر باستمرار نفوراً من نشاطات الأولاد ومن أقران اللعب الذكور؛ وفي الألعاب الإيهامية قد يصر هذا الطفل على لعب دور الوالد من الجنس الآخر.
٤. أن يشبه المظهر الجسمي للطفل مظهر الجنس الآخر شبهاً وثيقاً، فمثلاً، أن تكون البنت ذات مظهر يجعل الآخرين يحسبونها ولداً في طفولتهم

المبكرة، أو أن تكون للولد ملامح ناعمة وجذابة تـؤدي إلـى ظهـور استجابات عاطفية نحوه من قبل الراشدين.

٥. أن سلوك الأطفال المضطربين في الدور الجنسي غالباً ما سبب لهم النبذ من قبل أقرانهم.

٦. أن تظهر لدى الأطفال مظاهر الجنس الآخـر فـي تعبيـرات الوجـه والإشارات والصوت، وأن يجد الطفل صعوبة في إخفاء هذه التصرفات حتى لو واجه النقد الاجتماعي الشديد.

وعندما يحاول الولدان مساعدة الطفل الذي يعاني من مشكلة في الدور الجنسي أو الهوية، فإن الهدف لا يكون تقييد الطفل بالمعايير الجامدة للـدور الجنسي، وإنما يكون توسيع مدى الاختبارات السلوكية المتاحة له، وإعطـاءه الفرصة ليصبح شخصاً مزدوج الجنس سيكولوجياً، مع إحساس بالتقبل لهويته الجنسية.

وتُظهر الدراسات، أن الأولاد ذوي السلوك المؤنث يستجيبون جيـداً للتغيير في طريقة المعاملة من قبل الوالدين، على العكس من الرجال الـذين توجد لديهم اضطرابات في الهوية الـ نسية منذ مرحلة ما قبل البلوغ. فعندما يعالج الأولاد في المرحلة العمرية التي تقـع بـين ٤ – ١٢ سـنة، فـإنهم يصبحون أقل أنثوية وأكثر ذكريه. ويؤدي العلاج إلى اختفاء الرغبـة فـي

ارتداء ملابس الإناث، وكذا تختفي تعبيرات الوجه الأنثوية واللعب الإيهامي والأنثوي، ويصبح الأولاد أكثر عدوانية في تعاملهم مع الوالدين، كمنا سيقل النبذ الاجتماعي والإزعاج الذي يتعرض له هؤلاء الأطفال من قبل أقـرانهم الذكور ويحل محله التقبل. وبغض النظر عن مدى تطـرف الـسلوك عبـر الجنس، فإن الدلائل تشير إلى أن التوجه لا يكون قـد تبلـور فـي مرحلـة الطفولة، وبذلك يبقى قابلاً للتعديل.

الأسباب:

١. تشير الدراسات إلى أن الأولاد الذين ينشئون في مرحلة ما قبل المدرسة في بيوت بدون آباء، أو يغيب فيها الآباء لفترات طويلة، تظهـر لـديهم ميول واتجاهات وتصرفات أنثوية. وبالمقابل، فإن عدم وجود الأم أو من يحل محلها – لتعليم مظاهر الأنوثة – يمكن أن يؤدي لظهـور ميـول ذكرية.
٢. تظهر في بعض الحالات علاقة وثيقة بين الطفل والوالد مـن الجـنس الآخر، بحيث يكون الاتصال النفسي والجسمي بين الطرفين قويـا إلـى درجة متطرفة، وتكون العلاقة من النوع الذي يصفه الوالد بأنـه "غيـر قابل للفصم"، وهذا ما ذكره "فرويد"؛ حيث أشار إلى أن التثبيـت علـى المرحلة القضيبيّة يؤدي إلى توحد الطفل مع الوالد من الجنس الآخـر.

وفي مثل هذه الحالات، تقل فرصة الطفل للتوحد مع الوالــد مــن ذات الجنس ولتطوير سلوك الدور الجنسي المناسب.

٣. يميل بعض الآباء بسبب رغبتهم في الحصول على طفل مــن الجــنس المعاكس إلى محاولة جعل البنت تتصرف كأنها ولد، أو العكس.

٤. تحمل بعض الأمهات شعوراً بالكراهية نحو الذكور، فيعملن على تنميــة سلوكيات أنثوية لدى الأولاد. إن الأم في هذه الحالــة تقــرن الــذكورة بالعنف الجسدي والعدوان والفسق الجنسي والجلافة، ولذا فهي تفضل أن يكون ابنها أكثر رقة.

٥. تشجيع الوالدين أو صمتهم أو عدم اكتراثهم لما يظهر على أطفالهم.

٦. إن وجود ملامح أنثوية لدى الأطفال الذكور من العوامل المهيأة لحدوث هذا الاضطراب، وكذلك الأمر بالنسبة للإناث.

٧. قد تكون هناك تأثيرات هرمونية أو وراثية، إلا أن ذلك لا يكون عــادة السبب الرئيس في اضطراب الدور.

العلاج:

١. **تطوير علاقة أوثق مع الوالد من الجنس ذاتـه** (Firmer Relationship): لكــي ينمو التوحد المناسب لدى الطفل، فإن على الوالد من الجــنس ذاتــه أن يقضي وقتاً أطول مع الطفل، وأن يقدم نموذجــاً للتــصرفات المناســبة.

ويحتاج الطفل والوالد إلى أن يقضيا ساعة أو ساعتين في الأسبوع معـا لوحدهما، ويقوما بنشاطات مشتركة يميلان لها مثل الألعاب الرياضية.

وإذا لم يكن الأب من الجنس ذاته موجوداً لسبب ما، ينبغي البحث عن نموذج دور بديل من بين الأقارب أو الأصدقاء أو القادة الكشفيين أو المعلمين أو ربما المعالج. فلمساعدة الأولاد الأنثويين، يمكن الاستعانة بطالب في الكلية أو الدراسات العليا ليقوم بدور المرافق أو الأخ الأكبر، وليشارك الولد بألعاب رياضية أو غيرها. ويجب – حيثما أمكن – إلحاق الولـد الأنثـوي بـصف يُدرِّسه معلم ذكر، كما يجب أن يشجع الطفل لكي يقرأ كتبا تتحدث عن أبطال من الجنس ذاته.

إن على الآباء أن يكونوا متيقظين إلى ضرورة تطمين البنت الصغيرة بأنهم سعداء لأنها بنت، وتطمين الولد الصغير بأنهم سعداء لأنه ولـد. أمـا الأصدقاء أو الأقارب الذين يقومون بمواساة الأسرة بسبب ولادة بنت أخرى أو ولد آخر، فيجب ألا يعطوا المجال لذلك. إن من المهـم جـدا أن يتقبـل الوالدان طفلهما بغض النظر عن جنسه.

٢- **تعزيز الوالدين لسلوك النمط الجنسي المناسب** (Reinforcement): ينبغي على الوالدين أن يمتدحا الطفل ويشجعاه في كل مرة يقوم فيها بسلوك مناسب

لجنسه. وهكذا، يجب أن يمتدح الولد الأنثوي عندما يقوم بنشاطات تعتمد على العضلات الكبيرة، أو عندما يتصرف بشجاعة؛ كأن يتسلق عالياً على العوارض، أو ينزلق بادئاً بالرأس، أو يركض، أو يلعب كرة القدم. وحتى المحاولات غير البارعة في لعب الكرة أو القفز، ينبغي أن تمتد بقوة، مع التشجيع الواضح على استمرارها. وينبغي أن تستخدم في الثناء التعبيرات الذكرية أو الأنثوية المناسبة لجنس الطفل؛ فمثلاً، يقال للولد الأنثوي "إنك ولد ممتاز.. سوف تصبح رجلاً قوياً عندما تكبر".

ويمكن للوالدين أيضاً أن يضعوا نظاماً للنقاط؛ كأن يضعوا للولد الأنثوي خمس نقاط على لوحة خاصة عندما يتصرف تصرفا ذكريا، كأن يلعب ألعاب الأولاد مع أخيه الصغير. ويمكن أن يقوم الطفل باستبدال شيء يحبه (مثل الحلوى) أو نشاطات يحبها (مثل مشاهدة التلفاز)، بعدد معين من النقاط.

وبعد أسابيع قليلة من تطبيق هذا الأسلوب، يمكن للوالدين أن يضيفوا شرطاً جديداً. فبالإضافة إلى اكتساب النقاط تبعا للسلوك الذكري، سوف تكون هناك غرامات على السلوك الأنثوي؛ أي أن الولد يخسر بعض النقاط إذا قام بتصرف أنثوي، كأن يُظهر تعبيرات وجه أنثوية. وبهذه الطريقة يمكن تخفيض السلوك الأنثوي لدى الأولاد تدريجياً. وفي الوقت نفسه، ينبغي أن

يطبق المعلم على الطفل نظاماً مشابهاً في الصف، بحيث يكافئ السلوك الذكري ويعاقب السلوك الأنثوي للولد.

٣. **التعبير عن عدم الرضا** (Discontent): ينبغي أن يتم التعبير بوضوح عن استهجان السلوك غير المناسب للجنس؛ كأن يقال للولد الأنثوي "لا تركض على هذا النحو"، أو "إنك لا تصلح للعمل كمضيفة، بل تصلح للعمل كطيار، وأعتقد بأنك سوف تصبح طيارا ممتازا". وعلى الوالدين إعطاء الطفل معلومات محددة حول ما يعتبر ميولا أنثوية "هذه اللعبة تصلح للبنات"، أو ما يعتبر حركات تعبيرية أنثوية. وعندما يتحدث ولد أنثوي عن موضوع يصلح للبنات، يجب عدم إعارته الانتباه، بل إشاحة الوجه عنه والانشغال بشيء آخر. وإذا وجه هذا الطفل إلى والديه سؤالاً يتعلق بموضوع أنثوي، عليهم أن يعبروا عن عدم اهتمامهم، بقولهم "هذا موضوع لا يهمني"، أو "لا أريد أن أتحدث عن ذلك، فهذا موضوع يصلح للبنات".

٤. **الإبدال** (Replacement): يمكن اقتراح نشاطات بديلة للتعويض عن الميول الأنثوية عند الولد. إن ارتداء الأزياء لأغراض التمثيل المسرحي لا يواجه استهجاناً اجتماعياً مثل ارتداء ملابس الأخت، ويمكن تشجيع البنت ذات الميول الذكرية على المشاركة في رياضات تنافسية.

التأخر الدراسي Underachievement

مفهوم التأخر الدراسي:

يعد التأخر الدراسي من المشاكل كثيرة الانتشار في مدارسنا بمراحلها المختلفة، فهو ظاهرة تربوية عامة، حيث لقيت اهتماما عالميا واسعا في الأوساط العلمية منذ بداية القرن العشرين. والتأخر الدراسي مشكلة تربوية ونفسية واجتماعية يعاني منها التلاميذ والآباء والمعلمون في آن واحد، فهو يمثل هدرا في الطاقة البشرية، حيث نجد أن ما لا يقل عن ٢,٣% من تلاميذ المدارس الابتدائية متأخرون دراسياً.

هذا وقد عرف التأخر الدراسي تعريفات عديدة تبعا لتداخل العوامل المسببة له، فقد عرف منصور (١٩٨١) التأخر الدراسي من منظور التحصيل الدراسي بأنه ((حالة نقص أو تأخر في التحصيل لأسباب عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي)). وبهذا المعنى يكون التأخر الدراسي تأخراً في التحصيل عن متوسط الأقران في الصف نتيجة أسباب اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو ثقافية.

من هذا المنطلق يُعرِّف المؤلف التأخر الدراسي بأنه مشكلة دراسية تظهر على شكل تأخر في مستوى التحصيل عن المتوسط، بحيث يكون هذا

المستوى عند التلميذ أقل من مستوى قدرته التحصيلية، والذي قد يكون في مادة دراسية أو أكثر، وقد يكون دائماً أو مؤقتاً، يعود في أسبابه إلى عوامل جسمية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية أو تربوية.

أنواع التأخر الدراسي:

قد يكون التأخر الدراسي عاما في المواد الدراسية جميعها، وهنا يرتبط التأخر في الغالب بنقص القدرات العقلية عند التلاميذ وتنخفض نسبة الذكاء عنده إلى حد يتراوح بين ٧٠% - ٨٥% كما أن التأخر الدراسي قد يكون خاصا في مادة أو مواد معينة (مثل الحساب، أو الإملاء...)، حيث يرتبط التأخر هنا بنقص في قدرة عقلية معينة. ويمكن تقدير التأخر الدراسي على أساس العمر التحصيلي والعمر الزمني للفرد وذلك من خلال المعادلة التالية:

$$\text{النسبة التعليمية} = \frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر الزمني}} \times ١٠٠$$

فعندما يكون العمر التحصيلي أقل من العمر الزمني، فهذا يعني أن هناك تأخرا دراسيا.

أسباب التأخر الدراسي:

تتعد أسباب التأخر الدراسي وتتفاوت في قوتها ومضاعفاتها بين فئات المتأخرين دراسياً، حيث إن بعض هذه العوامل ما يظهر مبكرا في حياة الطالب، وبعضها ما يتأخر في ظهوره، ومنها ما يظهر مباشرة وبينها ما يبدو في عدد من الأعراض، كما أن بعضها عارض ووقتي وبعضها دائم ومستمر. ويمكن تصنيف هذه الأسباب إلى ما يلي:

١- **أسباب عقلية:**

من الأسباب الكامنة وراء التأخر الدراسي انخفاض نسبة الذكاء، حيث يتراوح ذكاء المتأخرين دراسياً بين النقص والضعف العقلي، وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤)، حيث وجد أن ٧٨% من المتأخرين دراسياً ينتمون إلى مستويات الذكاء دون المتوسط، فانخفاض الذكاء يعد من العوامل المعجلة لظهور التأخر الدراسي عند التلاميذ. كما يرتبط بانخفاض نسبة الذكاء ضعف القدرة على التركيز، والشرود الذهني، والعجز عن التذكر، والربط بين الأشياء، ونقص القدرة اللغوية والعددية، وصعوبة التفكير المجرد، وضعف القدرة على حل المشكلات، ونقص الميل العلمي.

٢- الأسباب الجسمية:

توجد علاقة بين النمو الجسمي المضطرب وبين التأخر الدراسي، فقد بينت الدراسة أن معدل النمو لدى الأطفال المتأخرين دراسياً أقل في تقدمه بالنسبة إلى متوسط معدل نمو أقرانهم العاديين والمتفوقين (حسين، ١٩٨٦). كما أن الضعف العام وقلة الحيوية، وقلة النشاط الجسمي العام، تعد من الخصائص الجسمية والصحية العامة للمتأخرين دراسياً. وهذه الخصائص تعوق التلميذ عن الانتظام في دراسته، وتعرضه للإجهاد السريع، بالإضافة إلى معاناة المتأخر دراسياً من أمراض مختلفة منها: الأمراض الجلدية، والأمراض الصدرية، وأمراض القلب، وأمراض الغدد، وأمراض العيون إلى غير ذلك من أمراض.

فضلا عن ذلك يلاحظ عند الأطفال المتأخرين دراسيا ضعف في حاسة أو أكثر، وكذلك عيوب في النطق والبطء في الكلام، وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤)، فقد وجدو أن ٧% من أفراد عينة المتخلفين دراسياً يعانون من عيوب في السمع (ضعف في السمع)، وأن ٦% يعانون من عيوب في النطق والكلام أهمها اللثغة واللجلجة، والبطء الواضح في الكلام.

٣- الأسباب النفسية :

يتميز الأطفال المتأخرون دراسياً بعدم الاتزان الانفعالي، حيث نجد عندهم سرعة الانفعال أو العاطفة المضطربة أو المتبلدة. كما يعاني الأطفال المتأخرون دراسياً من الشعور بالقلق والخوف والشعور بالنقص والخجل والغيرة والميل إلى العدوان نحو زملائهم أو نحو مدرسيهم أو المدرسة بصورة عامة. كما يشعرون بضعف الثقة بالنفس. كما أنهم يعانون من الاستغراق في أحلام اليقظة، وشرود في الذهن، وعدم القدرة على التركيز لفترة طويلة. كما تظهر عندهم ثورات انفعالية حادة، ويعانون من الأحلام بسبب شعورهم بالفشل والإحباط وعدم التقبل من المدرسة ومن المنزل، مما ينعكس على عدم تقبلهم لدواتهم وللآخرين، وهذا من شأنه أن يؤثر في إنجازهم الدراسي ويقلل من دافعيتهم نحو الدراسة.

٤- الأسباب الاجتماعية والاقتصادية :

إن اضطراب العلاقات بين الطفل ووالديه أو بينه وبين أخوته يجعل الجو النفسي الذي يعيش فيه الطفل غير مناسب للدراسة والتحصيل. بالإضافة على ذلك فإن أساليب التنشئة الو الدية التي تجعل الوالدان مع الطفل ما يسودها من تسلط وقسوة ونبذ أو حماية زائدة وإسراف في التدليل، من شأنه أيضاً أن لا يهيئ المناخ المناسب للدراسة.

كما أن الاتجاهات الوالدية السلبية نحو الدراسة والمدرسة، وعدم اهتمامهم بالتعليم، من شأنه أن ينمي لدى التلميذ اتجاهات غير مرغوبة نحو المدرسة والدراسة.

كما أن التفكك الأسري، وكثرة الشجار بين الوالدين وما يؤدي إليه من انفصال وطلاق، يؤدي إلى سوء التوافق النفسي الاجتماعي عند الطفل وينعكس ذلك مباشرة على تحصيله الدراسي وهروبه من المدرسة.

كما أن عدم توفر الجو المناسب للمذاكرة في المنزل نتيجة كثرة عدد أفراد الأسرة، والخلافات العائلية، وحالات الطلاق والقسوة في التعامل مع الأبناء، كل ذلك ينتج عنه قلة تقدير مطالب التلميذ وانفعالاته، مما يؤدي إلى القلق والاضطراب ويؤثر في حياة التلميذ الدراسية.

كما أن انشغال الوالدين الزائد بالعمل وإهمال الطفل دون توجيه ورعاية، بالإضافة إلى فشل الوالدين في إعداد وتهيئة الطفل لدخول المدرسة عوامل أساسية في التأخر الدراسي، فقد أثبتت دراسة سلطان وآخرون (١٩٧٤) أن أسر المتفوقين دراسياً يقومون بمتابعة أولادهم في شؤون الدراسة والتعاون من المدرسة في تدعيم العمل التعليمي بنسبة أكبر من أسر الأطفال المتأخرون دراسياً.

وتؤكد الدراسات (Oeser,1973,Dececco,1970) أن هناك علاقة ذات دلالة بين مستوى التحصيل الدراسي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة خاصة فيما يتعلق بانخفاض دخل الأسرة، وضيق السكن، وانصراف التلميذ للعمل لمساعدة الأسرة (منصور،١٩٨١).

وفي الوقت نفسه فإن ارتفاع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة إذا اقترن بعدم التوجيه السليم وعدم الاكتراث بالدراسة والمدرسة من قبل الوالدين واعتبار الدراسة والتحصيل أمراً ثانوياً وأنها ليست أساسية في الحراك الاجتماعي والاقتصادي، يعد من العوامل الأساسية للتأخر الدراسي.

كما أثبتت دراسة سلطان وآخرون (١٩٧٤) أن هناك علاقة بين مستوى تعليم الآباء والأمهات ومستوى تحصيل التلاميذ في المدرسة، حيث إن نسبة الأمية بين آباء المتأخرين دراسياً أعلى منها بين آباء المتفوقين دراسياً.

كما أن البيئة الدراسية (بما تضمه من مدرس ومادة دراسية وإدارة وزملاء داخل المدرسة) تشكل أحد العوامل البيئية التي تساهم في التأخر الدراسي إذا كان دورها سلبياً تجاه التلميذ في المدرسة.

٥- **الأسباب التربوية:**

يواجه التلاميذ المتأخرون دراسياً والذين يقل مستوى ذكائهم العام عن المتوسط مناهج تفوق مستواهم العقلي، إذ أن المناهج المدرسية توضح للطلاب الوسط أو فوق الوسط من حيث المستوى العقلي. وقد أثبتت الدراسات أن العمر العقلي للتلاميذ المتأخرين دراسياً يتوقف نموه غالباً في حوالي الثالثة عشرة والنصف، وهذا ما يزيد مشكلة التلميذ المتأخر دراسياً في استيعاب المنهج المدرسي.

وفي الغالب يكون تحصيل التلميذ المتأخر دراسياً أقل من المتوسط بحوالي عامين تقريباً وخاصة في المواد الأساسية الحساب والقراءة، حيث إن مثل هؤلاء التلاميذ يعجزون عن إدراك المجردات والاحتفاظ بالتجارب والخبرات المتعلمة لفترات طويلة بسبب ضعف ذاكرتهم وعدم القدرة على الانتباه لفترة طويلة.

وقد بينت دراسة منصور (١٩٧٩) في البيئة السعودية أن ٧٧% من المتأخرين دراسياً الذين يتغيبون عن المدرسة يكون سبب تغيبهم المرضى ٧٧% وبسبب عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة ١٣% والخوف من أحد المدرسين ٥%، وأسباب أخرى ٥%.

كما بينت الدراسة نفسها أن ٥٩% من التلاميذ المتأخرين دراسـياً لا يوجد لديهم مكان مستقل للدراسة، وأن ٩٩% ممن يـذاكرون مـع آخـرين يذاكرون مع أقارب لهم، وهذا ما يؤدي إلى تشتت انتباههم عندما يـذاكرون بشكل جماعي، أو يذاكرون مع وجود آخرين في الغرفة نفـسها يـشاهدون التليفزيون أو يستمعون إلى الراديو... الخ.

بالإضافة إلى ذلك فإن تأخر التلميذ الدراسي فـي مـادة أو أكثـر، واختلافه عن مستويات زملائه، وكثافة الفصل بالتلاميذ يؤدي إلى هروبه من المدرسة أو حتى الانقطاع عنها. كما أن كراهية بعض التلاميذ لبعض المواد الدراسية يرتبط ارتباطاً واضحا بكراهيتهم لمدرسي هذه المادة بسبب ضعف كفاية هذا المدرس في التدريس.

زد على ذلك فإن استخدام المدرس لأساليب غير تربوية في العقـاب مثل العقاب الجسدي يؤدي إلى خوف التلميذ وضعف ثقته بنفسه مما ينعكس مباشرة سلباً على تحصيله الدراسي. وهذا ما أكدته دراسة منصور (١٩٧٩)، حيث وجد أن ١٦% من التلاميذ المتأخرين دراسياً يعانون مـن ميـل إلـى الانطواء، و١٩% كثيرو الشجار، و١٠% يقومون بتدمير محتويات الفصل، و٣٠% لديهم شعور بالنقص، و٨% كثيرو الـسرحان (الـشرود الـذهني). فاضطراب العلاقة بين المعلم والتلميذ تؤدي إلى ضعف في التحصيل. فضلاً

عن ذلك فإن عدم اهتمام المدرس بالتلميذ وبمشاكله وكثرة الواجبات المنزلية وضعف كفاية المدرس، وموقف المدرسة السلبي من بعض التلاميذ، من شأنه أن يؤدي إلى التأخر الدراسي.

٦- الأسباب الشخصية:

تظهر الأسباب الشخصية لدى المتأخرين دراسياً على شـكل سـوء استخدام الوقت وتنظيمه، وانخفاض الدافعية للتعلم، وعدم معرفـة الطرائـق الصحيحة في المذاكرة، بالإضافة إلى تأجيل المـذاكرة إلـى نهايـة العـام الدراسي، وقلة الاهتمام بالواجبات الدراسية، والغياب المتكرر، وقلة الانتبـاه داخل الفصل، وتكوين مفهوم سلبي عن الذات، حيث يعتقد الطالب المتـأخر دراسياً أنه عاجز عن فهم المواد الدراسية ومتابعتها.

طرق الوقاية والعلاج:

إن القاعدة الأساسية في التأخر الدراسي هي أن الوقاية، خيـر مـن العلاج، ولكنه في حالة وجود التأخر الدراسي عند الأطفال (تلاميذ المدارس) فلابد من اتخاذ الإجراءات السريعة لمعالجة هذه المشكلة وتخليص التلاميـذ منها بكل السبل والوسائل المتوفر، ويمكن تقسيم الخدمات المقدمـة للتلاميـذ المتأخرين دراسياً إلى قسمين هما:

أولاً : الخدمات الوقائية :

تهدف الخدمات الوقائية إلى الحد من العوامل المسئولة عن التأخر الدراسي ومن أهم هذه الخدمات:

- **خدمات صحية:** وتتمثل في العناية بالصحة الجسمية للأطفال منذ سن مبكرة مع المتابعة المستمرة لهم في سنوات الالتحاق بالمدرسة. كما تتمثل هذه الخدمات بمساعدة التلاميذ ذوي الإعاقات البصرية والسمعية من خلال تزويدهم بالنظارات الطبية والسماعات المناسبة أو الرعاية الصحية المستمرة لهم في المراكز الصحية والمستشفيات.
- **خدمات تربوية:** وتتمثل في توجيه اهتمام المدرس بمراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ أثناء التعليم، وتنويع طرائق التدريس، واستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرين وذلك نتيجة مخاطبتها للحواس التي من شأنها تسهيل عملية الفهم والاستيعاب.
- **خدمات توجيهية:** وتتمثل في تقديم التوجيه المناسب للطلاب عن كيفية المذاكرة الصحيحة والسليمة ومساعدتهم على كيفية تنظيم أوقات الفراغ والاستفادة منها، وتنمية الوعي الصحي والاجتماعي لديهم وغرس القيم النبيلة في نفوسهم وذلك من خلال المناقشات الجماعية والدروس الصفية

والبرامج الإذاعية في المدرسة (في الطابور الصباحي) ومن خلال النشرات والمطبوعات المنظمة.

- **خدمات إرشاد نفسي:** وتتمثل في مساعدة التلاميذ على التوافق مع البيئة المدرسية والأسرية، وتنمية الدافعية للدراسة، والاتجاهات الإيجابية نحو المدرسة والمعلمين، ومقاومة الشعور بالعجز والفشل، وتحفيز مستويات الطموح لديهم، ويتم ذلك من خلال الإرشاد الطلابي الفردي والجماعي حسب حالات التأخر الدراسي الموجودة في المدرسة.

- **خدمات التوجيه والإرشاد الأسري:** وتتمثل في توجيه الآباء بكيفية معاملة الأبناء وتوجيههم وتهيئة الظروف المناسبة لهم في المنزل للمذاكرة ومتابعة الأبناء في دراستهم والتواصل المستمر مع المدرسة.

- **تشجيع أولياء الأمور على إرسال أبنائهم إلى دور الحضانة ورياض الأطفال:** وذلك لتدريب حواسهم وعقولهم وتنمية قدراتهم العقلية والجسمية والاجتماعية لتلافي حدوث تأخر دراسي فيما بعد (Baier,1980). فالتربية في سن مبكرة تساعد على تطوير وتنمية الخيال والإبداع عند الطفل وتعويض عن الحرمان الاجتماعي والثقافي الذي يعانيه الكثير من الأطفال في منازلهم.

ثانياً: الخدمات العلاجية:

تهدف الخدمات العلاجية إلى إزالة العوامل المسئولة عن التأخر الدراسي عند التلاميذ وذلك من خلال:

١- **العلاج التعليمي:** وفي هذا النوع من العلاج يركز المرشد الطلابي على كل ما له صلة بالمادة الدراسية وبطريقة التدريس، وبعلاقة التلميذ مع المعلم، وضعف التلميذ وعدم استيعابه لأساسيات المادة الدراسية. وفي هذه الحالة يقوم المرشد الطلابي بمساعدة المتأخر دراسياً بتوجيهه إلى كيفية المذاكرة السليمة للمواد الدراسية، ومساعدته في وضع جدول عملي لتنظيم وقته وكيفية الاستفادة منه في المذاكرة والمراجعة.

ومن الضروري أيضاً إعادة تعليم المادة الدراسية للتلميذ المتأخر دراسياً من البداية والتدرج معه حسب قدرته وتقديم التشجيع المناسب له على كل تقدم ملموس. كما يتم التشاور مع المعلم الذي تظهر عنده حالات تأخر دراسي في مادته، والتنسيق معه حول الإجراءات العلاجية لذلك تظهر عنده حالات تأخر دراسي في مادته، والتنسيق معه حول الإجراءات العلاجية لذلك التأخر. ومن الضروري أيضاً إيجاد فصول تقوية علاجية لتنمية قدرات التلميذ المتأخر دراسياً بما يسمح له اللحاق بزملائه، وذلك بالتأكيد على استخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم

المتأخرين دراسياً وذلك نتيجة مخاطبتها للحواس التي من شأنها أن تسهل عملية الفهم والاستيعاب. ومن الضروري أيضاً إعداد برامج وخطط تعليمية علاجية خاصة بالمتأخرين دراسياً يشرف على تنفيذها معلمون متخصصون وذلك باستخدام الطرائق الحسية وشبه الحسية، وعلى المدرسة الابتدائية الاهتمام بالأنشطة المدرسية المتنوعة والمرتبطة بواقع البيئة التي تستند إلى الإدراك الحسي أكثر من الإدراك المجرد.

فالتنوع في الأنشطة المدرسية يساعد الطفل على التركيز ويطيل أمده، بالإضافة إلى أنه يقضي على الملل، ويحفز الطفل على النشاط، ويزيد من حبه للمدرسة ويجعل اتجاهاته نحوها إيجابية.

كما لا بد من الاهتمام باستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرين دراسياً وذلك نتيجة مخاطبتها للحواس التي من شأنها أن تسهل عملية الفهم والاستيعاب، ومن الضروري أيضاً:

١- إعداد مناهج وبرامج خاصة دراسية بالمتأخرين دراسياً تعتمد على النواحي الحسية وشبه الحسية، ولا تتطلب ذكاءً عالياً، ولذلك لا بد أن تكون الكتب المقررة ملونة وجاذبة للتلاميذ المتأخرين دراسياً من أجل إثارة فضولهم للاطلاع ومزيد من الدراسة.

٢- الإرشاد المدرسي: يقوم المرشد الطلابي بمساعدة المتأخرين دراسياً في التعرف على أنفسهم وتحديد مشكلاتهم، وكيفية الاستفادة مما لديهم من قدرات واستعدادات، وكذلك الاستفادة مما هو موجود في المدرسة من إمكانات بما يحقق له التوافق النفسي والاجتماعي والدراسي، ومن أبرز الإجراءات الإرشادية والعلاجية في هذا الجانب ما يلي:

أ. ضرورة الاهتمام بتأمين الجو النفسي الآمن للطفل المليء بالدفء العاطفي والبعد عن التوتر والمشاحنات، مع توخي المساواة في المعاملة بين التلاميذ.

ب. العمل على علاج المشكلات الانفعالية المصاحبة للتأخر الدراسي، فقد أوضحت الدراسات أن التوافق بمكوناته المختلفة يلعب دوراً مهماً في التحصيل الدراسي. فقد لا يكون الجو الأسري مناسباً لعملية الدراسة والاستذكار بالإضافة إلى مفهوم الذات المتدني عند الأطفال المتأخرين. فقد دلت الدراسات التي قام بها كل من كامل (١٩٨٠)، وقشقوش ومنصور (١٩٧٩) أن هناك العديد من العوامل غير المعرفية تؤثر بشكل واضح في التحصيل مثل: انخفاض مستوى الطموح، وقلة الدافعية للإنجاز، والقلق والعصابية. كما توصلت دراسة كامل (١٩٨٩) إلى أن انخفاض التوافق الذاتي أو المنزلي، والمدرسي والاجتماعي يؤثر سلباً

على التحصيل. لذلك فإن وضع برنامج سلوكي لمشكلات التلاميذ النفسية يعمل على ارتفاع درجاتهم في التحصيل (كامل ١٩٩٣) .

ج- ضرورة توفير خدمات إرشاد نفسي وتربوي داخل المدرسة، مع إقامة علاقة وثيقة مع أولياء أمور الأطفال المتأخرين دراسياً للتعاون من أجل التخلص من هذه المشكلة.

د- ضرورة توفير الوقت الكافي للتلميذ المتأخر دراسياً: ويرى بلوم (Bloom,1974) أنه لو أمكننا توفير الوقت الكافي والمساعدة اللازمة للتلميذ المتأخر دراسياً مع إثارة الدافعية لديه، فإنه يستطيع الوصول إلى مستوى المحك المطلوب. ولهذا فإنها بتوفير سبل التغلب على الصعوبات الدراسية داخل الفصل مع إتاحة الوقت الكافي للتلميذ على أساس مستوى الأداء الذي نتوقعه ونريد تحقيقه، فإن التلميذ يستطيع استيعاب وتعلم ما هو مقرر. ولهذا فإن منحنى الجرس يمكن أن يتحرك عليه التلاميذ الضعفاء ليتجهوا نحو المستوى المطلوب، وهذا الأخير يمكنه الانتقال إلى المستوى المرتفع، أما المرتفعون فيمكن باستخدام البرامج الخاصة بهم أن ينتقلوا إلى مستوى المتفوقين (كامل،١٩٩٣).

هـ- عقد جلسات إرشادية مع التلميذ المتأخر دراسياً بهدف إعادة توافقه، ومساعدته في التخلص من مشاعر الخجل والدونية، ومحاولة الوصول به إلى درجة مناسبة من الثقة بالنفس وتكوين مفهوم إيجابي عن ذاته. كما

ينبغي مساعدته في تعديل اتجاهاته نحو التعليم في المدرسة ونحو المعلم وجعلها أكثر إيجابية. كما أنه من الضروري مساعدته على فهم ذاته وقدراته وتعريفه على جوانب قوته وضعفه والأفكار الخاطئة التي يحملها والتي تعد الأساس في تأخره الدراسي.

٢- **العلاج الاجتماعي:** وفي هذا النوع من العلاج يتم التركيز من قبل المرشد الطلابي على المؤثرات البيئية التي أدت إلى التأخر الدراسي ويقترح تعديلها أو تغييرها بما يحقق الهدف المنشود. ومن المقترحات العلاجية في هذا الجانب ما يلي:

أ- ضرورة الاهتمام بدراسة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمتأخرين دراسياً والعمل على تعديلها أو تغييرها، مع تهيئة الظروف المناسبة للتحصيل والدراسة الجيدة تلافياً لحدوث التأخر الدراسي.

ب- ضرورة إتباع أساليب تربوية سليمة في تنشئة الأطفال وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، وتجنب كل ما يؤدي إلى التفكك الأسري حتى نستطيع استبعاد حالات التأخر الدراسي. وتعديل اتجاهات الوالدين نحو الأبناء.

ج- تقديم بعض المساعدات المالية العينية للتلميذ إذا كانت الأسرة تعاني من صعوبات مالية في توفير الأدوات المدرسية للتلميذ.

د- نقل التلميذ المتأخر دراسياً من فصله إلى فصل آخر كإجراء علاجي إذا اتضح أنه يعاني من سوء توافق مع زملائه في الفصل أو عـدم القـدرة على التعامل معهم.

اضطرابات النوم Sleep disorders

إن أهمية النوم المناسب للأطفال أمراً هاماً ليس فقط لإراحة أجهزة الجسم ولكن أيضا لراحة الطفل نفسياً ولصالحه وعلاوة على تأثيراته العكسية على الطفل فإن اضطرابات النوم مزعجة للآباء ومثيرة لهم أيضاً. إن هذه الاضطرابات تعيق حاجات الوالدين للنوم الهادئ المريح. إن اضطرابات النوم الخفيفة شائعة في سن الطفولة خاصة في أطفال السنتين فإن الأطفال في الأعمار من (٣-٥) سنوات. إنها ردود فعل طبيعية وتعبير عن عدم شعورهم بالأمن أثناء عملية نومهم. معظم الآباء يتعاملون مع الطفل المضطرب النوم بطريقة أو بأخرى.

إن من أهم اضطرابات النوم هي الأحلام المزعجة والتململ بالفراش. إن ١/٣ الأطفال في أعمار (٣-١٠) سنوات يعانون من اضطرابات في النوم. وفي سن العاشرة تحدث قمة (peak) هذه الاضطرابات (معظم البنات في هذا العمر تعاني من هذه الاضطرابات) وأخيراً يقل حدوث هذه الاضطرابات وبسرعة عند كلا الجنسين.

بالرغم من أن اضطرابات النوم خفيفة ومؤقتة إلا أنها شائعة في الطفولة. إن اضطرابات النوم الحادة أو الدائمة هي دلالات مبكرة على قلق عاطفي عند الطفل منذ البداية.

إن الفرق بين النوم الطبيعي والنوم المرضي هو مسألة فـرق فـي الدرجة أكثر من أنه فرق في النوع. إذا كانـت المـشكلة حـادة (chronic) وعلى سبيل المثال إذا كانت تحدث على ليالي متعاقبـة ويكـون الطفـل ذو استيقاظ طويل ومتكرر أو أنه يعاني مـن كـوابيس (nightmares) بـشكل متكرر فإن هذا يعكس وجود قلق عاطفي خطير والحالة هذه تكون بحاجة إلى الإرشاد المتخصص.

الأسباب:

إن الأسباب عديدة من ضمنها:

أ- القلق anxiety.

ب- الصراعات الداخلية intcnal conflicts.

ج- الاضطرابات النفسية.

د- التنبه الزائد.

هـ- الضغط والإنهاك الموضعي.

و- الخوف من الظلام.

ز- الخوف من فقدان التوازن عند الذهاب للنوم.

ويعتبر الأطفال الصغار أن النوم هو عملية انفصال الوالدين، ومعظم اضطرابات النوم مرتبطة بقلق الانفصال عن الوالـدين. يخـاف الطفـل أن

يحدث شيئا ما عند النوم. يتوقع الطفل خطراً خاصا لأن التحكم في الـوعي يكون مفقوداً عند النوم. فالأطفال في عمر (٤-٦) سنوات يكون عندهم فـي العادة مخاوف محدده لها علاقة بما سوف يحدث أثناء النوم مثل مخاوفهم من أذى سوف يلحق بوالدهم بسبب اللصوص أو الخوف من نشوب نار أو حريق في البيت. إن أبحاث النوم الحديثة أثبتت حقيقة بأن النـوم دوري بطبيعتـه. وهذه الظاهرة مميزة وواضحة في ذهاب الطفل إلى النوم واستيقاظه حـوالي أربع مرات أو خمسة. وعندما ينام الطفل نوماً عميقاً وبعد تخطـي مرحلـة النوم العميق تصبح عن الطفل حركات العين السريعة وهي مرتبطة بنـشاط حالم واضح وتشير الدراسات بأن المشي أثناء النوم. والتحدث أثنـاء النـوم والمخاوف الليلة والتبول اللاإرادي ترى بأن هذه الاضطرابات تحدث خلال مراحل الاستيقاظ من النوم العميق المفاجئ وليس لها علاقة بـالنوم الزائـد ولذلك يعتبر جزء من الاضطرابات ولقد أصبح واضحاً تماماً بأن اضطرابات الاستيقاظ على الغالب ما تكون مرتبطة بعلامات عدم النضج الخـاص فـي حدوثها الداخلي أو الأولي في الأطفال الصغار. ولا بد بـأن العائلـة فـي تاريخها أو سيرتها كانت تعـاني مـن اضـطرابات اسـتيقاظية. إن هـذه الاضطرابات كانت تعتبر مألوفة وكان سببها الأحلام المزعجة. ولكـن الآن أصبح واضحاً بأن الأحلام المزعجة ليست سبباً في هذه الصعوبات بـالرغم من أن الأسباب المذكورة للاستيقاظ من النوم لا تفهم بسهولة فإنه يبدو بـأن

لها علاقة بالفروق الاجتماعية النفسية وبعوامل وراثية إن القلق وضغط البيئة من الواضح أن لهما أثراً في ذلك خاصة عندما تكون هذه المشاكل موجودة حتى الطفولة المتأخرة وفي الطفولة المبكرة فإن السبب يكمن في تفاعل مزدوج أو متعدد لأسباب مرضية.

ومن الملاحظ أن اضطرابات النوم تقع في ستة تصنيفات رئيسية:

١- التردد في الذهاب للنوم.
٢- التململ في النوم.
٣- الكوابيس.
٤- اضطرابات الاستيقاظ والرعب الليلي.
٥- الأرق.
٦- النوم الزائد.

- **مقاومة الذهاب للنوم:**

معظم الأطفال يمرون في فترة يقاومون فيها الذهاب للنوم إذا أبدى الوالد اهتماما متزايدا وقلقا أو انزعاجا وعدم قدرته على المتابعة بحزم في التحكم في هذا الموقف فإن مقاومة الطفل في الذهاب للنوم سوف تصبح أسوء.

بعض الأطفال يقاومون الذهاب للنوم بسبب القلق أو بسبب التنبه الزائد بينما ينعم أطفال آخرون بالوحدة.

- **مقاومة الأطفال الصغار جداً:**

الأطفال تحت سن الثالثة غالباً لا يكونوا مهتمين بالذهاب إلى الفراش ولسوف يستيقظون في الليل ويطلبون أن يحملوا وأن يعتني بهم. إن سياسات تأخير وقت موعد النوم شيء معروف لكل أب وأن عادات وطقوس النوم والذهاب للفراش تستغرق ساعات إذا لم ينتبه الوالدين. وسيطلب الأطفال فقط شربة ماء أو يطلبون قصة أخرى أو رحلة أخرى إلى الحمام. إن المنع هو الحل الوحيد لمثل هذه المقاومة لكي نبتعد عن الصراع معهم.

- **الوقاية :**

- **إيجاد توقيت منتظم:**

إن التوقيت الثابت لوقت النوم هام جدا من أجل الاستيقاظ مبكرا. وإن الموعد المنتظم يسمح للطفل أن يكون جاهزا نسبيا للنوم في نفس الساعة كل ليلة تأكد بأنه يجب أن تكون هناك ساعة محددة لوقت نوم الطفل ولوقت استيقاظه. إن هذه المواعيد يمكن تغييرها في مناسبات خاصة.

إن ساعة ما قبل النوم يجب أن تكون هادئة ووقت استرخاء للطفل وليست وقتا لمشاهدة الأفلام التلفزيونية المخيفة أو ساعة لترتيب البيت. إن

الاستحمام الساخن يعد الطفل للنوم. وإذا كان الوالد قد جاء متأخراً نسبياً من عمله فيمكن أن نؤخر موعد نوم الطفل من السابعة حتى السابعة والنصف أو إلى الثامنة ليكون هناك وقتاً ليلعب الأب مع الطفل ويمكن تعويض تأخير نوم الطفل بالنوم في الصباح.

- **نصيحة الوالدين:**

إن الأطفال سوف يكونوا جاهزين للذهاب إلى النوم عندما تقدم لهم نصيحة سلفا من والديهم وهي إن موعد النوم قد اقترب وذلك أفضل من أن تقول فجأة للطفل "اذهب للفراش" إن هذه الطريقة الأخيرة تجعل الطفل يقاوم . أعط تحذيراً متقدماً من (٥-١٠) دقائق بموعد النوم لكي يستطيع الطفل الذهاب للنوم.

- **قدم الدعم للطفل:**

أربط وقت النوم بالسرور والمحبة والاسترخاء بقدر الإمكان. مثلاً أقرء للطفل قصة قبل النوم. غني أغنية جميلة، أو تحدث حديثاً جميلاً مع الطفل عندما يكون في الفراش، إن هذه الطقوس يجب أن تكون هادئة ومريحة. كما أنها سوف يكون لها أثر السحر الذي يقيهم من مخاطر النوم.

- **كن حازماً:**

قبّل الطفل قبلة جميلة قبل ذهابه للنوم مشعراً له بأن ذلك سيكون نهاية تلك الليلة من الأعمال. غادر غرفة الطفل بدون تردد، وقل للطفل أنك لن ترجع. أما إذا بكى الطفل أو صرخ بعد مغادرتك فعليك تجاهل هذه الاحتجاجات لأنها سوف تزول بعد دقائق معدودة والحل هو أن تجعل الطفل يذهب للفراش في نفس الساعة التي ينام فيها كل ليلة وبكل ثقة أكد موعد النوم. وإذا قالت البنت بأنه ليست لديها الرغبة في النوم. قل لها أن تستريح في فراشها أو أن تلعب بهدوء في فرشاها حتى يأتيها النوم. لا تلح على الطفل لكي ينام حالاً لأن الطفل سوف يستغرق ساعة لينام.

- **وسائل الأمن:**

إن وضع لعبة على شكل دب أو أرنب يعطي الطفل شعوراً بالأمن عندما يقوم بفترة الانتقال من اليقظة إلى النوم.

- **الحب والحنان:**

إن من أفضل الطرق لمنع اضطرابات النوم في الأطفال هي أن تتأكد بان الطفل حصل على أكبر قدر من الحب من كلا الأبوين، لا تنتقد باستمرار لأن ذلك سوف يجعل الطفل غير متأكد من حبك.

- **العقاب:**

لا تجعل طفلك ينام مبكراً كعقوبة له لأن ذلك سوف يرتبط في ذهنه بالعقوبة وتبقى عالقة في ذهنه وتمنعه من النوم.

العلاج:

١- **في حالة الصراخ أثناء النوم:**

إن صعوبات النوم تتمثل في التردد في الذهاب للفراش والاستيقاظ أثناء الليل هي صعوبات مألوفة وشائعة في الأطفال قبل سن الثالثة لذلك فهي شيء مألوف للأطفال أن يصرخوا قليلاً قبل النوم أو أن يستيقظوا وهم يصرخون خلال الليل ويريدون أن يحملهم والديهم، في الحالات الشديدة إن الاستيقاظ قد يستغرق ساعات أو معظم الليل. إن الحالات الاستيقاظية (nocturnal) لها آثاراً خطيرة على حالة الطفل الجسدية والنفسية وكذلك على الوالدين. يميل بعض الآباء خاصة مع الولد الأول ويستجيبون كثيراً لصراخ الطفل في الليل. انتبه بأن الطفل يمارس الدلال وهو يريد في هذه الحالة جلب انتباهك. هل تريد الطفلة أن تحملها أكثر وأكثر ولفترة طويلة أثناء الليل! هل يتوقف صراخ الطفل بمجرد ما تحمله؟ إذا كانت هذه الحالات موجودة فهذا يعني بأن الطفل يتدلل وعليك أن تتجاهل صراخه بعد أن تتأكد بأنه ليس مريضاً أو يشكو من أذى. من الأفضل في هذه الحالة ترك الطفل

يصرخ بالقدر الذي يريد إذا لم يكن الطفل مذعوراً أو يكون بحاجة إلى مـــن يحمله عليك أن ترجع إلى مهد الطفل كل (٢٠-٣٠) دقيقة لكي تمـــسح لـــه وجهه.

إن الطفل سوف يصرخ في الليلـــة الأولـــى (١-٢) ســـاعة ومـــن (٣٠-٦٠) دقيقة في الليلة الثانية ثم إلى فترات أقصر فأقصر فـــي الليـــالي القادمة حتى لا يعود للصراخ في الليل. عليك أن تتجاهل الصراخ تماماً مـــا عدا أن تمسح له أنفه في فترات معقولة.

٢- عدم ميل الطفل للنوم:

إذا وجدت بأن طفلكم يقاوم الذهاب للنوم بعد كل هذه المحـــاولات أو هذه الجهود التي بذلت من أجل ذهابه للنوم. فعليك أن تذكر بأن الطفلـــة قـــد ذهبت للنوم وهي غير نعسانة. وإذا كانت الحالة كذلك فإن عليك أن تخفـــف من نومها في ساعات النهار أو أن تؤخر موعد نومها قليلاً وبما أن هذا يحل المشكلة، تماماً مثل الكبار فهم يختلفون في حاجاتهم للنوم.

٣- الخوف من الظلام:

يتردد بعض الأطفال في الذهاب إلى الفراش بـــسبب خـــوفهم مـــن الظلام. إذا كان هذا الأمر يزعج طفلك وعليك اتخاذ الخطوات التالية أو واحداً منها:

أ- **كن متفهماً:** لا تكن متعجلاً وغير صبور أو تستخفف من هذا الخوف. إنه بالنسبة للطفل أمراً حقيقياً. عالج الأمر بالعاطفة وبالرفق وبالاحترام. شـــجع الطفل على التحدث معك وبرهن للطفل بأنك لست فقط تريد أن تفهم المشكلة ولكن أكد له بأنه لن يحدث له شيء في الليل. أعط الطفل مزيداً من الحـــب وأكد له أنك بجانبه وأنك لن تسمح لأي شيء يحد له. لا تهدد الطفـــل بـــأن البعبع سوف يأخذه إذا كان سيئا ومن الجيد يأخذه إذا كان سيئا ومن الجيد أن تتجنب الأفلام المخيفة وحكايات الجنية والغولة .

ب- **ترك الضوء:** اترك ضوء خافتا في القاعة وافتح باب غرفة الطفل لكي لا يكون البيت معتما تماما أو اترك مع الطفل مصباح كهربائي ليشعله متى يريد وضعه تحت وسادته، قص على الطفل قصه وأنت تعطيه الضوء أو المصباح مثل في قديم الزمان عندما كان الناس يعيشون في الغابة كانت هناك حيوانات شرسة تخاف من الليل. وأن الناس يعرفون بأن الحيوانات لا تقترب من النار فإنهم احتفظوا بالنار مشتعلة طيلة الليل مثل النار التي تحدثنا عنهـــا. لـــذلك فبإمكانك أن تنام سالما وبدون قلق.

جـ- **ترتيب الغرفة:** إذا كانت ظلال الليل في الغرفة مزعجة للطفـــل. ضـــع ستائر ثقيلة على الشباك أو غير مكان السرير لكي لا يلاحظها الطفل.

د- **سرد قصة**: قص على الطفل عن قطة بيضاء تحب النهار وعن قطة سوداء تحب الليل هذه تساعد أطفال ما قبل مرحلة المدرسة بالتغلب على مشكلة الظلام. وهذه القصص موجودة في كتاب الليل والنهار للكاتبة مارجريت وايز براون.

هـ- **وجود شريك أو صاحب**: من المفيد أن يكون هناك أخ للطفل في غرفته حتى يهدئ الخوف وإذا كان هناك حيواناً أليفاً أترك هذا الحيوان ينام في غرفة الطفل. قل للحيوان أمام الطفل أن يحمي الطفل من كل المخاوف الخيالية عنده.

و- **السقوط عن السرير**: حيلة مفضلة من قبل الأطفال وهي السقوط عن السرير بعد أن يوضعوا فيه في معظم الحالات على الآباء أن يكونوا حازمين وعليهم أن يرجعوا الطفل للسرير حالاً من الأفضل تخفيض الأشياء الأخرى في سريره لكي لا يمكنه من التسلق ومغادرته وبعض الأطفال يخافون من الذهاب إلى الفراش بسبب عدم رغبتهم في الانفصال عن الوالدين أو يخافون خروج أحدهم وعدم رجوعه خلال الليل. إن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى التأكيد لهم بأن الوالدين سوف يظلان في البيت. أما إذا كان خوف الطفل حقيقيا فإن على الوالدين أن يظلا في البيت وقتا أطول خلال الليل وبالإضافة لذلك لا تقل لطفلك بأنك ستبقى ثم تخرج بدون أن يراك وعندما يكون الطفل

نائما. بعض الأطفال يريدون أن يمضوا شيئا من الوقت مع الأب الذي يأتي متعبا. إن قضاء مزيدا من الوقت مع الطفل هنا يحل المشكلة بعض الأطفال يغادرون الفراش بسبب القلق وبسبب عدم رغبتهم في النوم وهم عادة يبحثون عن شيء يفعلونه. إن أحد الحلول هي أن تسمح للطفل أن يلعب عل سريره وهنا فإن أفضل حل هو أن تخفف من نوم الطفل وقت النهار أو تسمح له بالتأخير في الذهاب بالفراش.

ز- **مقاومة الأطفال الأكبر سناً:** إن الأطفال الأكبر وهم أطفال المدارس يعبرون عن خوفهم بسبب الضحية وبسبب الظلال في الغرفة أو بسبب خوفهم من بقائهم لوحدهم. بالإضافة لذلك يقول أطفال المدارس الصغار بأن الأسباب المألوفة عندهم مخاوف النوم وهم ليسوا قلقين أو مريضين وعندما ينامون يقولون بأنهم يستيقظون بسبب الكوابيس، أن السياسات السابقة لمنع مقاومة النوم في الأطفال الصغار يمكن تطبيقها على هؤلاء الأطفال.

العلاج:

١- تأخير موعد النوم:

أن تجعل طفل الخامسة والسادسة ينام في ساعة مبكرة الثامنة أو التاسعة في بعض الحالات ربما بسبب مقاومته عند النوم. إن حل المشكلة يكمن في تأخير موعد النوم أو عدم نوم الطفل في النهار. إذا ما يمنح الطفل

وقتاً متأخراً للذهاب إلى النوم فإنك لن تقبل من الطفل أي تذمرات تأكد بـــأن ساعة النوم هي ساعة من روتين ثابت والذي أيضاً يتضمن ساعة مبكرة في النهوض. إذا ما أخر موعد نوم الطفل ١/٢ ساعة لاحظ موعد استيقاظ الطفل في الصباح على مدة أسبوعين. إذا كان من الصعب إيقاظه ووجدت بأنه من الواضح بحاجة إلى مزيد من النوم فعليك أن تلغي موعد تأخير نومه.

٢- الوقت الهادئ:

إن ذهاب الطفل للفراش بدون إثارة وتعب جـــسدي يـــساعد الطفـــل النشيط أن يتباطأ في الذهاب للنوم. خلال هذا الوقت يجب التخطيط لنشاطات هادئة مثل قراءة كتاب أو الاستماع إلى قصص أو مشاهدة فلم تلفزيوني بعيد عن العنف.

٣- التأخير في وقت النوم:

بعض الآباء يثبتون سياسة تأخير الطفل قبل وقت النوم ثم يستيقظون في الوقت المحدد في الصباح تكرر العملية حتى يعلم الطفل بأن ذلك عمـــل غير سعيد وغير محبوب وأنه متعب وأنه ليس مـــن المـــستحب أن يـــسهر طويلاً.

٤- **كافئ تقليل المقاومة:**

ضع خارطة نجوم أو لوحة نجوم وكافئ الطفل على كل ليلة ذهب بها للفراش بدون إزعاج أو إجهاد.

٥- **الخوف من الظلام:**

كلما كبر الأطفال قد يزداد خوفهم من الظـلام لأن تزيـد خيـالاتهم ووعيهم بالمخاطر إن الظلام سيكون مملوء باللصوص والوحوش والغيلان. أكد للأطفال بأن هذه المخاوف طبيعية وبأنه سوف يستطيع السيطرة عليهـا حالاً. أترك باب غرفة الطفل مفتوحاً واترك الضوء في القاعة هـذا يـساعد على إبعاد الخوف من الظلام. بعض الأطفـال يفـضلون وضـع مـصباح كهربائي تحت وسادتهم.

٦- **المشي ليلاً:**

حول سن الثالثة يذهب بعض الأطفال إلى فراشهم بـسهولة ولكـنهم ينهضون في منتصف الليل ويبدءون في التجول في البيت ويخرجون الطعام من الثلاجة أو يذهبون خارج البيت للعب إن هؤلاء الأطفال واعين للأشـياء التي يفعلونها. ولكي نمنع مثل هذه العادات من الحدوث فمـن الأفـضل أن نجعل الأطفال ينامون في مهدهم حتى يصبح عمرهم سنتان ونصف. لا تترك الألعاب مثل الحيوانات المحشوة في مهده لكي لا يتسلق عليها وينـزل مـن

السرير. تأكد بأن الطفل ينمو وعنده اعتقاد قوي بأنه لن يسمح له بمغادرة سريره بدون إذن حيث الصباح ماذا تفعل إذا كانت عندك حالة من هذا النوع:

- كن حازماً.
- قدم للطفل مكافأة وعقوبة صغيرة على التجوال إن ذلك سيكون له أثر جيد على هذه الحالة.
- ضع له نجمة على لوحة لكل ليلة ينام فيها بدون تجوال. يحصل الطفل على حلوى إذا حصل على نجوم أو يحصل على ربع معين.
- عليك أن ترجعه إلى سريره كلما فعل ذلك وعبر عن عدم سعادتك وذكر الطفل بالاتفاق.
- تأكد بأن الأبواب مغلقة وبأن الأشياء الثمينة بعيدة عن متناول يد الطفل وكذلك تأكد بأنه لا يوجد شيء خطر يمكن أن يقع تحت يده.

بعض الأطفال يذهبون للنوم بسرعة بعد تناول بعض الطعام أو اللعب قليلاً. تختفي ظاهرة التجوال تلقائياً عندما يصبح الطفل في الرابعة من عمره. بعض الآباء يضعون شبكة على سرير الطفل لمنعه من التجوال ربما يصرخ الطفل ولكن صراخه يختفي بعد الليلة الثالثة. أما مع الأطفال الأكبر يستطيع

الآباء وضع سلسلة على الباب ولكن فيها فتحة للمرور فيها إن الطفل يقبل هذه الأداة لتعني إنه لن يكون هناك مزيداً من التجوال.

٧- النوم في فراش الوالدين:

لا تدع الطفل يأتي لينام على سريرك في الليل. يجب أن يتعلم الأطفال الاستقلالية عن والديهم في الليل. كن حازماً معه منذ البداية وأرجع الطفل إلى غرفته وحاول أن تواسيه. إن الحالات القادمة توضح ماذا يجب عليك أن تفعل إذا كانت هذه العادة موجودة عند طفلك.

٨- التململ:

إن التململ هو قلة راحة جسدية وعقلية تحدث في الليل وهو أمر عادي في الأطفال وله دلائل كثيرة تتضمن التقلب على الفراش وتشمل تحريك الرجلين والذراعين بشكل غير هادف وكذلك رفض الغطاء والعض على الأسنان وضرب الرأس والاستيقاظ على أقل ضجة.

إن التململ موجود من وقت لآخر عند كل الأطفال ولكن بعض الآباء يعتبره مشكلة إن (ماكغرلين) وأصدقائها وجدت بأن التململ في الليل في سن ٢١ سنة هي مشكلة لحوالي ٣٨% من الأولاد و٢٧% من البنات إن حدوثه في سن ١١ تنخفض إلى ٢٢% إلى ١٦% في سن ١٤. إن ١١% من

الأولاد ما يزال عندهم التململ في الليل بينما يختفي عند البنات. إن حركات التململ تبدو بأنها:

- تحرر من التوتر عند الأطفال.
- إن معظم الأطفال الذين يظهرون تململاً في الليل يكون عندهم تململاً في النهار وكذلك يكون عندهم نشاط زائد وإثارة أيضاً. إن القلق في الفراش (fidgetiness) يبدو بأنه امتداد لميول النهار.
- أحياناً يكون الطفل متعباً جداً ويحتاج إلى (٨-١٢) ساعة نوم في الأسبوع أكثر من ما يحصل عليه الطفل المشترك في نشاطات عديدة مثل العمل واللعب وألعاب القوى والدراسة والكشاف والموسيقى هذه تشجع على النوم المتأخر في أيام أواخر الأسبوع على الطفل أن ينام بعد المجيء من المدرسة لكي يبتعد عن الإجهاد.
- أما ألم الأسنان هو أحد أسباب اضطرابات النوم عند الأطفال

وقد أجريت دراسة على الأطفال في سن (٦-١٢) سنة أظهرت أن ١٤% من الأطفال العاديون يعضّون على أسنانهم. إنهم يفعلون ذلك بشكل مزعج حتى أن آباؤهم يسمعونهم يفعلون ذلك الاصطكاك يجعل الأطفال يستيقظون في الصباح ويعانون من تعب في فكيهم. هناك سياسة للتغلب على

اصطكاك الأسنان هو أن تعلم الطفل الاسترخاء للتخفيف من التوتر قبل موعد النوم وأن لا يتعرض للإثارة قبل النوم:

أ- عليك أن تعلم الطفل الاسترخاء والابتعاد عن المضايقة. هناك عـادات حركية عند الأطفال مثل ضرب الرأس والدحرجة على الـرأس وهـز الفراش هي حركات إيقاعية وتناغمية ويستعملها الأطفال للتحـرر مـن التوتر المخزون أن حوالي (١٥-٢٠)% من الأطفال توجد عندهم هـذه العادات التي تبدو أو تظهر بين (٢-٣) شهور من العمر. فـي معظـم الأطفال هذه العادات تكون صغيرة بالرغم مـن أن حـوالي ٥% مـن الحالات تبقى لمدة شهور أو سنوات وعادة ما تختص بين سن (١/٢ ٢-٣) سنوات. إن ضرب الرأس إذا لم يكن قوياً لن يكون سبباً في الخوف.

ب- يقترح أن يكون وقت ما قبل النوم هادئاً وأن لا يذهب الطفـل للفـراش وهو منفعل.

ج- نجحت حالات عديدة عندما قدم الآباء لأطفـالهم بـدائل جميلـة لمنـع الأطفال من ضرب رؤوسهم هذه النـشاطات البديلـة تحتـوي علـى الموسيقى والهوايات وعلى جهاز الإيقاع لكي يتزامن مع حركات الطفل الإيقاعية.

٩- الكوابيس:

الكابوس هو خوف ليلي ورد فعل مخيف خلال الليل إن سببه حلم مخيف، إن الأحلام العادية عند الأطفال في سن الثلاث سنوات ولكنها ليست مزعجة. والطفل يصرخ ومن ثم يسكت بسهولة وفي سن (١/٢ ٤-٥) سنوات تزداد الأحلام السيئة في تكرارها وفي حدتها. إن الكوابيس الكلاسيكية هي خوف فريد وليست مثل الأحلام العادية إنها تتضمن على صراخ عالي مفاجئ بينما يكون النوم مصحوباً بقلق شديد وعرق وتعابير ثابتة على الوجه وصعوبة في التنفس تشعر الطفلة بأنها مختنقة وكأن شيئاً ثقيلاً يجثم على صدرها وتصبح مذعورة، يستيقظ الطفل بعد الكابوس ويمكن تسكيته بسهولة. إن طفل الخامسة يستطيع أن يصف ذلك بتفاصيل واضحة بعض الأطفال يخافون من التحدث عن الكابوس، إن الكوابيس هي أقل شدة من رعب الليل.

إن أسباب الكابوس مختلفة فقد يكون سببها:

١- القلق والصراعات.

٢- الخوف من العقوبة الراجعة إلى المشاعر الغاضبة نحو الأب إن هذه المشاعر تكبت خلال ساعات النهار ولكنها تظهر في الليل عندما تخف دفاعية الطفل. عادة ليست هي ناتجة عن فشل الأب في تقديم الأمن الكافي أو الحب الكافي وعلى أية حال إذا كان هناك نقص في ذلك فإن القلق سوف يكون أسوء.

٣- هناك أسباب عضوية مثل سوء الهضم.

٤- أمراض الحمى: إن الكوابيس تصل ذروتها بين سن (٤-٦) سنوات وأن حوالي ٢٨% من الأطفال في سن (٦-١٢) سنة تكون عندهم كوابيس فبنت الخمس أو الست سنوات تميل إلى الخوف من الكوابيس. إن مضمون الكابوس يختلف بحسب سن الطفل، إن الأطفال في عمر (١-٤) سنوات تكون عندهم مخاوف غير سارة من حيوانات شرسة تطاردهم بينما الأطفال في عمر الدراسة في سن (٥-١٢) سنة يعانون من أحلام تتعلق بصعوبات شخصية أو من تهديد أشخاص غرباء وسيئون، إن سببها ليس بالضرورة الخوف من الأب بالرغم من أنها تعكس قلة الأمن المؤقت عند الأطفال.

٥- إذا كانت هذه الأحلام معاودة وغير حادة أو مزعجة نوعا ما للطفل فإنها يجب أن تعكس اضطراب عاطفي عند الطفل الذي عادة ما يكون بأشد الحاجة إلى المساعدة من الأبوين وإلى المساعدة المتخصصة.

الوقاية:

لن تُحدث الكوابيس أذا استبعد الطفل من النشاطات المقلقة والمؤثرة للأعصاب خلال النهار وإذا لم يوبخ الوالدان الطفل أو يعاقبانه قبل النوم. وإذا كانت فترة ما قبل النوم فترة سعيدة وكان فيها دفء من الوالدين تجاه

الطفل فإن الطفل لن يعاني من كوابيس. يُنصح الوالدان أن لا يهددا من أجل الحصول على الطاعة مثلاً لا تهدد بأنك سوف تترك الطفلة إذا أساءت التصرف أو أن الغول سوف يأخذها إن فعلت ذلك ساعد الطفل على أن يكون آمناً ومحبوباً خلال النهار لأن هذا هو الأساس ليجلس مستريحا في الليل. كن متأكداً بأنك مهتم بالطفل. لا تدع الأطفال يعتمدون عليك ولا تدعهم يقلقون بسببك.

العلاج :

- **دعم الأبوين للطفل :**

إن الحاجة المباشرة الملحة للطفل الذي يعاني من كوابيس هي الدعم الأبوي كن هادئاً وواثقاً واذهب للطفلة وضمها إلى صدرك وعانقها. افتح الضوء وساعد الطفلة على الاستيقاظ تماماً. تكلم مع الطفلة مواسياً وقل لها بأنها تحلم حلماً مزعجاً وان الحلم هذا غير حقيقي قل لها بأن كل واحدة لها أحلاماً مخيفة في بعض الأوقات وأن هذه الأحلام لا تؤذينا وقل للطفلة نفسها الكلام في اليوم الثاني عندما تكون واعياً تماماً. أكد للطفلة بأنك قريب منها وأنك لن تسمح لأن يمسها أي سوء. بعض الأطفال يريدون مصدراً للضوء أو يريدون أن يبقى الباب مفتوحاً إنه لمن الحكمة أن تلبي حاجات الطفل هذه أفضل من أن تجعل الطفل يأتي إلى غرفتك في منتصف الليل. أجلس مع

الطفلة في غرفتها حتى تنام ثانية أما إذا ما أخذتها إلى غرفتك فإنها سـوف تعتاد على ذلك أما إذا ما بقيت الطفلة خائفة فأعطها شيء من الأسبرين لكي يخفف من تعبها.

- **معرفة الأسباب المؤدية للكابوس:**

حاول أن تعرف سبب الكوابيس المتكررة، هل يعاني الطفل من نومه، هل له مشاكل مع أخوته أو زملائه في المدرسة؟ إذا كان الأمر كذلك ســاعد الطفل على إيجاد حلول للمشكلة تأكد بأنك لا تضع متطلبـات كبيـرة علـى الطفل ولا تجعل الطفل يعتمد عليك كثيراً. هل هناك صراعات مادية يعـاني منها الطفل؟ هل يشاهد الطفل أفلام عنف في التلفاز قبل النوم؟ إن محتـوى الكابوس يحتوي على الحل ويساعد على معرفة الأسباب، هل الأب حازم جداً مع الطفل وهل هناك مشاعر عدوانية موجودة عنده عليك أن تساعد الطفـل على ربط مخاوفه في الحلم مع الأحداث الحقيقية مـثلاً ربمـا أن زيارتـه للطبيب كانت السبب ، شجع الطفل على التحدث عنها. أسأل الطفل هـل أن زيارته للطبيب بالأمس كانت السبب، إن مناقشتك للطفل بشكل جيد سـوف تساعد الطفل على التغلب على مشاعر الخوف عنده، شجع الطفل على أن يمثل ذلك الخوف المكبوت مثلاً دور الطبيب عندها سوف يزول شـعور الطفل بالخوف.

- **مواجهة الأحلام المخيفة:**

ساعد الطفل على مواجهة الحلم والسيطرة عليه أثناء الحلم إن هذا يقلل من الحلم والخوف ويعطي سيطرة للطفل عليه وتحكماً في النفس. أطلب من الطفل على سبيل المثال أن يرسم عنكبوت أسود يهاجمه وعندما يكمل الطفل الرسم أطلب منه مهاجمة الصورة وأطلب منه أن يمسكها بيده أو بقبضة يده وأخيراً أن يمزق العنكبوت، مثل أنت دور العنكبوت وأجعل الطفل يقفز عليك ويضربك حتى تهرب. قد يمثل الطفل دور العنكبوت وأنت تمثل دور الطفل الخائف من مهاجمته. وبنفس الطريقة أجعله يهاجم الصورة في الحلم.

- **الاضطرابات الاستيقاظية:**

كما ذكر أن اضطرابات المشي والكلام والخوف الليلي والتبول في الليل يعني بأن هذه الاضطرابات تحدث خلال الاستيقاظ المفاجئ من النوم العميق وأن ليس له علاقة بالأحلام العادية ويكون سببها واحدة مما يلي:

١. الأحلام المخيفة.
٢. سبب آخر وهو تأخير في نمو الجهاز العصبي المركزي الذي عادة ما يكون أصله وراثياً.

٣. عندما تستمر هذه المشاكل إلى سن الطفولة فلا بد من وجود سببا خارجيا من التوتر والضيق له علاقة بالمشكلة. إن اضطرابات الاستيقاظ المتعددة تظهر عند الشخص نفسه في أوقات مختلفة وغالباً ما تكون هذه موجودة في سيرة العائلة. إنها متشابهة لأن لها بداية مفاجئة ويكون الطفل غير مستجيب للبيئة إن الأطفال لا يتذكرون هذه الاضطرابات في صباح اليوم التالي.

٤. أحد الباحثين لاحظ بأن هذه الأنواع من الاضطرابات الموجودة عند الطفل لها علاقة بميل الطفل نحو الخيال فقد وجد بأن الذين يمشون في الليل يميلون إلى النشاطات الحركية مثل ألعاب القوى بينما الأولاد الذين يعانون من مخاوف سلبية يميلون إلى الخيالات المرئية أو المشخصة.

العلاج:

- يجب إرجاع الطفل الذي يمشي في الليل إلى سريره.
- يجب ربط حزام على باب غرفة الطفل ويجب أن تكون مستيقظاً لهذه العملية.
- أقترح على الطفل عندما يستيقظ وتلمس قدماه الأرض أن يستيقظ تماما في الليل.

- بعض الآباء يحصرون الطفل في سريره بواسطة وضع باب شفاف أو بوابة يمكن تسلقها عند باب غرفة الطفل.
- أما إذا كانت هناك كوابيس تسبق المشي فإنه من الأفضل إيقاظ الطفل ووضع الماء البارد على وجهه وعلى عنقه.
- وفي حالات المشي الحادة أثناء النوم فأعطه علاج من (١-٤) مرات في الأسبوع لمدة أطول وهو امبيمار من (١٠-٥٠) غرام وقت النوم.

١- المشي أثناء النوم:

يحدث المشي أثناء النوم (somnambulism) بعد ساعة إلى ثلاثة ساعات بعد نوم الطفل يبدو واضحا في الطفل الذي يمشي أثناء النوم مستوى قليل من الوعي واستجابة قليلة نحو البيئة هذه موجودة في الطفل الذي من الصعب عليه أن يستيقظ وبالرغم من أن مشية الطفل غير ثابتة وربما يتعثر فإنه يكون قادراً على تجنب الأشياء وعادة لا يؤذي نفسه وتكون عيونه مفتوحة بالرغم من إغماضها قد يمشي الطفل حول غرفته أو حول البيت أو في خارجه وفي صباح اليوم التالي قد يتذكر الطفل القليل عن هذا المشي أو ربما لا يتذكر شيئاً. المشي ليلاً قد يستغرق دقائق قليلة إلى نصف ساعة إن الأطفال لا يهتمون لذلك بينما الآباء يبدون اهتمام كبيراً وغالبا ما يرجع الطفل إلى فراشه لينام إن الطفل لا يمثل حلما أو يخرجه إن المشي أثناء الليل

يدل على تأخير في نمو الجهاز العصبي المركزي، ويمكن أيقاظ الطفلة من النوم وإيقافها على قديمها بينما هي نائمة نوماً عميقاً لمدة ساعة أو ساعتين بعد نومها، وعلى كل حال فإن المشاة أثناء النوم يظهرون انخفاضا في حدوثه كلما كبروا.

٢- التحدث أثناء النوم:

إن التكلم أثناء النوم غالباً ما يمارسه الأطفال بشكل مألوف مرة أو أخرى وهو يعكس أفكاراً أو نشاطات اليوم السابق.

الأسباب:

- يعكس هذا الكلام الانغماس في موقف مقلق مثل الفشل في موضوع المدرسة.
- خلال المرض خاصة في حالات الحمى.

العلاج:

- الانتباه إلى الطفل، تستطيع أن تعرف ما الذي يقلق الطفل وتستطيع أن تتحدث معه في اليوم التالي.
- عليك أن تجعل وقت ما قبل النوم مريحا وجوا استرخائيا بقدر الإمكان ولاحظ فيما أن ذلك سيساعد على تخفيض الكلام أثناء النوم أو الصراخ.

٣- الرعب الليلي:

- ردود فعل شريرة ومرعبة تكون عادة مصحوبة بنشاط حركي مخيف وكلام عند نهوض الطفل من نومه العميق.

- خلال هذا الرعب يكون هناك قلقاً شديداً ولا تكون هناك واقعية كما هو الحال في الكابوس عادة ما يجلس الطفل في السرير ويصرخ ويهلوس أو يحدق بعينين واسعتين في جسم خيالي ويتنفس بصعوبة وغالباً ما يكون متصبباً بالعرق. إن هذا هو مضمون الرعب الليلي لا يبدأ تدريجياً ولكنه يحدث حالاً، يكون الطفل ليس واعياً تماماً ولا يستطيع تمييز الناس ولا يعرف الزمان ولا المكان. يجيب على أسئلة وغالباً ما يستجيب إلى التنظيمات وفي الصباح لا يتذكر شيئاً من ذلك إن هذه المخاوف المرعبة متشابهة في مهاجمتها وتكون دورية في حدوثها.

- الأطفال في هذه الأحلام المرعبة يكونون عصبيون غالباً ما يذهبون إلى الفراش منهكين ومتوترين بسبب نشاطهم الزائد تحدث هذه المخاوف بعد ساعات من النوم وهذه تكون موجودة عند الأطفال الأكبر وهي شائعة عند أطفال ما قبل المدرسة.

الوقاية:

١. إن ساعة ما قبل النوم يجب أن تكون هادئة وبعيدة عن قصص التلفاز المخيفة وعن ترتيب البيت.
٢. تحميم الطفل قبل النوم يساعده على النوم.
٣. تأكد بأنه لا توجد هناك أصوات تزعج الطفل لأن هذه تزيد من الخوف.
٤. إذا كان الطفل نشيطاً جسدياً وذهب إلى الفراش متعباً أعطه استراحة بعد الظهر وقليلاً من النوم.

العلاج:

- دعم الأبوين: احمل الطفل بحنان أعطه تأكيدات وتطمينات وساعده في العودة إلى الواقع قل له أن كل شيء على ما يرام وأنه تمام وأن أمه موجودة وأنه يحلم وأنه خائف فقط وسوف يكون في سريره وكل شيء سيكون على ما يرام وأن أمه لن تسمح لأي أذى يمسه. أبق مع الطفل حتى تنتهي القصة دقائق قليلة إلى نصف ساعة وبعدها ينام نوماً هادئاً.
- العلاج: إن العلاج أميبرامين ودنزبام استخدمت لإيقاف هذه المخاوف المرعبة من الحدوث.
- الزائدة الأنفية: في إحدى الدراسات وجد بأن الزائدة الأنفية عند الأطفال هي السبب في الرعب الليلي ووجد بأنه من بين ٢٣ طفلاً عمل لهم

عمليات الزائدة الأنفية قد شفوا من هذه المخاوف بعد العملية تماماً (أي عملية الزائدة الأنفية).

- اللعب الحر: يجب السماح للأطفال بأن يعبروا عن الأشياء التي تقلقهم في اللعب. أطلب من الطفل أن يواجه الحلم المرعب والأشياء المخيفة على شكل لعبة يلعب بها لكي يتعلم أن يتغلب على المخلوقات المخيفة وعليه أن يقاتل بنفسه حتى تصله النجدة أو المساعدة من الأصدقاء أو من أفراد الأسرة.

٤- النوم الزائد:

هذه مشكلة مزعجة نادرة. النوم الزائد هو النوم أكثر مما يحتاجه الفرد ، إن أسباب النوم الزائد كثيرة والعلاج يعتمد على السبب.

١- سبب نفسي:

يكون النوم أحياناً انسحاباً أو هزيمة من مضايقات الحياة وكلنا كان قد جرب أنواع الضيق التي يجب أن نتجنبها بواسطة أن ننام آمنين. فإذا شاهدت طفلك ينام نوماً زائداً حاول أن تتحدث مع الطفل وشجعه أن يعبر عن أية مشكلة لديه.

إن النوم الزائد يكون ناتجاً عن الملل عدداً قليلاً من الأطفال الذين لا يهتمون ينامون لا سيما في النهار فقط من أجل تمضية الوقت والحل هو أن تجعل الطفل يمارس نشاطات مثل الكشافة والألعاب الرياضية والهوايات. بالنسبة لبعض الأطفال أن النوم الزائد يدل على حالة اكتئاب إذ أن الطفل يحب أن ينسحب من العالم الذي يسبب له الألم لذلك يتعاون مع جسمه في النوم لينام وينام. هناك عليك أن تكتشف سبب المشاعر الاكتئابية وتعطي الطفل الأمل والتطمين وطرقاً نافعة لحل المشكلة.

٢- **سبب بدني:**

في بعض الحالات يكون سبب النوم الزائد بدنياً أصلاً أو بسبب الأعباء والتعب البدني يرجع على النشاط الزائد خلال النهار أو النوم قليلاً في الليل والعلاج هو تخفيف نشاط الولد في النهار وأن ينام في وقت معقول في الليل وبعض الأطفال يأخذون بعض العلاجات لكي يستيقظوا وقت الامتحان. أما إذا ما ابتلع الطفل جرعات عالية من المنبهات لفترة طويلة فهذه سوف تحدث عنده حالة اكتئاب شديد وعندها سوف يحتاج للمعالجة الطبية بالعلاجات المضادة للاكتئاب.

٥- **النوم العميق:**

هو اضطراب جسدي يكو سببه:

- النعاس أو النوم خلال النهار. وقد لا يكون الطفل كسولاً أو منزعجا عاطفيا ولكن عنده شعور لا يقاوم من النعاس يتبعه بالنوم من مرة إلى مرات في اليوم وكثير من الناس ما يحاربون في معارك ضد النعاس في النهار.
- فقدان القوى العضلية بسبب مشكلة عاطفية مفاجئة لا يستطيع الشاب الوقوف على قدميه بسبب الارتخاء العضلي ويمكن أن يسقط على الأرض بينما يجب عليه أن يكون واعياً أيضا للشلل النومي أو الوعي المفاجئ بينما يكون الطفل نائماً ولا يستطيع الحركة أو الصراخ والهلوسة في النوم وقد تكون مسموعة، إن التشخيص المبكر لهذا الاضطراب هام لأن الأعراض يمكن معالجتها من قبل الطبيب بالعلاجات.
- إن سبب هذا الاضطراب يبدو بأنه وراثي في جزء منه على الأقل لأن وجوده في العائلة يكون موجوداً وبما أن العلامات المبكرة موجودة في الطفولة والبلوغ فإن من المهم أن تعمل فحصاً طبياً للطفل الذي يعاني من ذلك مثل الطفل الذي ينام في غرفة الصف أو ينام في السيارة أو وهو يشاهد التلفاز.

- اضطرابات جسدية أخرى: إن النوم الزائد يكون مرتبط بقصور الغدة الدرقية أو نقص واختناق النوم بسبب نقص السكر والتهاب الدماغ الفيروسي وأمراض أخرى لذلك فالفحص الطبي مطلوب لتشخيص مثل هذه الحالات المختلفة.

٦- الأرق:

هو عدم المقدرة على نوم ملائم ويأخذ ثلاث أشكال:

- صعوبة في النوم.
- صعوبة في البقاء نائماً.
- الاستيقاظ المبكر في الصباح.

إن النوم المناسب للطفل يعتمد على عمر الطفل وحاجاته وطلباته. إن المقدار الوسط للنوم المطلوب في أعمار مختلفة يقل من ١٣ ساعة كل ليلة في سن الثانية إلى ١١ ساعة في (٦-٨) و ١٠ ساعات في أعمار (١٠-١٢) ومن (٨-٩) ساعات من (١٦-١٨) معظم الأطفال يذهبون للنوم بين الساعة (٧-٩). وفقط ١٠% منهم يذهبون إلى النوم متأخرين. إن الطفل ينام في الليل إذا لم ينم في النهار وإذا كان بعيداً عن الإثارة والإعياء. الطفل المعافى والسعيد والمرتاح يحصل على نوم كافي.

إن الأرق ليست حالة نادرة عند الأطفال خاصة عنـد المـراهقين إن الدراسات الحديثة على طلاب المدارس الثانوية أوجدت حوالي ١٢% مـنهم يعانون من اضطرابات حادة في النوم بينما ٣٧% منهم قالوا بأنهم يعانون من اضطرابات نوم خفيفة أما في حالة الكبار ١٥-٣٠ سنة يـشكون مـن أرق مزمن.

الأسباب:

عندما يشكو الطفل من الأرق ومن النعاس المرافق أثناء النهار فيجب البحث عن:

- اضطرابات جسدية ربما تكون السبب في المشكلة.
- يجب أن يتأكد الأب بأن الطفل لم يتناول أي نوع مـن العلاجـات وأن المشكلة لا ترجع إلى أمراض تكون مسئولة عن الصحو.
- الأطفال الصغار يقاومون الذهاب للنوم بسبب جرح نفـسي أو قلـق أو مرض التهاب اللوز.
- موت شخص عزيز.
- أما المراهقين فسبب الأرق عندهم لا يرجع إلى عوامل نفسية مثل عـدم مقدرتهم على التكيف مع شخص في الأسرة أو مع مشكلة مدرسية تسبب لهم القلق والتوتر.

- إن هؤلاء المراهقون يعانون من قلة احترام الذات ومـــن الإعيـــاء فـــي النهار.
- إن بعض الأطفال لا يستطيعون النوم بسبب النشاط الزائد في النهار.

طرق الوقاية:

- التوقيت: تأكد بأن طفلك يذهب إلى النوم في ساعة معينة ويـــستيقظ فـــي الصباح في ساعة معينة استعمل منبه الساعة ويجـــب أن يكـــون نفـــس الموعد في أيام العطل لكي يحافظ الطفل على نفس النغمة ويجب تجنـــب نوم الأطفال نهاراً.
- التهدئة النفسية: يجب أن تكون ساعة ما قبل النوم هادئة وفيها نـــشاطات استرخاء مثل القراءة أو مشاهدة التلفاز. لا تجعل طفلك يشاهد المـــشاهد المخيفة وكذلك فإن الحمام الساخن قبل النوم يساعد على استرخاء الطفل.
- الأكل المعتدل: يجب أن يكون الأكل معتـــدلاً ومعقـــولاً تجنـــب تنـــاول الوجبات الثقيلة ليلاً ويجب أن تتجنب القهوة والكولا والشوكلاته قبل (٥-٧) ساعات قبل الذهاب للنوم، تجنب الكحول إن الكحول يساعد على النوم ولكنه يسبب لك التململ في آخر الليل وجبة خفيفة تساعد علـــى النـــوم خاصة إذا كانت غنية بحامض أميني له خصائص تساعد على النوم. إن الأطعمة التي بها هذه المادة متوفرة بشكل عالي في الحليب، الفاصـــوليا،

الجبن، الدجاج والبيض والهمبرجر وزيت الصويا والبازليا، والتونة وفي السمك.

- التمارين: شجع طفلك على التمارين خلال النهار حتى يحصل على درجة لطيفة من التعب لكي ينام في الليل إن التمارين القوية والمنتظمة مثل لعب التنس يزيد من النوم الطويل.
- مكان النوم: عندما يكون سرير الطفل حاداً ولا يتوفر في الغرفة الهواء فإن النوم سوف يكون ضئيلاً كماً ونوعاً. احتفظ بالغرفة معتدلة ويجب استخدام المرطب لكي لا تجف حنجرة الطفل. إن المنطقة المزعجة والمكتظة لا تشجع النوم. إن المسجل والتلفاز تمنعان الطفل من النوم حاول أن تمنع حدوث أي إزعاجات للطفل.
- قيود النوم: لا تدع الطفل يستخدم الفراش للقراءة أو مشاهدة التلفاز أو الاسترخاء وفقط يجب أن يستخدم الطفل السرير للنوم.

الوقاية:

١- **الاستيقاظ:** انصح طفلك أن ينام عندما يشعر بالنعاس وقل له إذا لم تنم خلال (١٥-٢٠) دقيقة يجب أن تنهض من السرير وتفعل شيئاً آخر وتقوم بنشاط جسدي مثل ترتيب البيت أو غسل أرض المطبخ هذه كلها تشجع على

النوم. إن قراءة كتاب ممل أو مشاهدة التلفاز خاصة إذا كان المشهد يـشجع على النوم.

٢- **الاسترخاء العقلي:** إذا تخيل الطفل مشاهدة سارة كأن يعد الغنم فإنـه لـن يقلق خلال النوم، قل لابنك أن يتخيل أشياء جميلة لكي يجعل عقله مسترخياً بعد ذهابه للنوم، إن ذلك يريح عقله، على الطفل أن يختار تخيلاً هادئاً ومريح مثل أن يرى الشاطئ أو تزلج أو أن يرى مشاهد العطلة الصيفية. إذا كـان ذلك صعباً على الطفل فإن عليك أن توجه تخيلاته عندما تقول لـه بـصوت ناعم ورتيب. الآن عندما تذهب إلى الفراش في الليل تخيل شريطاً تلفزيونياً في عقلك وأنت تغمض عينيك وعندها فكر أن ترى مشهدك المفضل وعندها أرخ بجسمك إن الصورة سوف تتضح وتتضح، تستطيع مشاهدة فيلم الكرتون المفضل إذا أردت أو تخيلت بأنك تبحر في قارب مع والدك وأنك تشم الهواء النقي وتتمتع بأشعة الشمس الدافئة وأنت تقود القارب في البحر حالاً سـتجد نفسك تنام نوماً هانئاً وجسمك سوف يدفئ وتشعر بالاسترخاء والراحة. عليك أن تلعب هذه اللعبة مرات عديدة خلال النهار مع طفلك حتى يتخيل المـشهد في عقله ويشعر بالاسترخاء ثم كرر ذلك المشهد بعد ذهاب الطفل للنوم لكي تساعده على النوم تأكد بأنك تتحدث بصوت ناعم وبلحن منـوم مغناطيـسي هناك شكلاً آخر من الفنيات الخيالية الموجهة وهي أن تجعل طفلك يـستمع

لشريط مسجل عليه قصة من صنع خيال الطفل نفسه يحبها هو، دعه يستمع للشريط قبل النوم إن لها تأثير ضابط في تنويم الطفل.

٣- **استرخاء العضلات:** علّم طفلك كيف يتخلص من التوتر العضلي بواسطة استرخاء عضلاته بطريقة منتظمة هل يركز الطفل على مجموعة من العضلات ، أطلب منه أن يجعل العضلة ذات الرأسين مرنة. ارفعها لمدة ثواني ثمر حررها من التوتر باسترخائها ثم أطلب منه أن يقرب رجليه ثم يريحها ثم عضلات معدته ثم فمه ثم جنبيه ثم كتفيه أما المراهقون فقد يستفيدوا من التغذية البيولوجية الراجعة، علّمه كيف يتنفس بعمق وكيف يتوقف عن ذلك (الشهيق والزفير) وأطلب منه أن يتخيل منظراً جميلاً بينما يزفر الطفل الهواء يقول الطفل بهدوء مم مم مم مم وفي نفس الوقت أطلب منه أن يخرج من عقله الصورة. أما إذا وجد الطفل صعوبة في استرخاء عضلاته فعليك أن تدلك جبينه وتدعك كتفيه لتحررهما من التوتر عند النوم.

٤- **أسلوب حل المشاكل:** يعاني المراهقون من ارق حاد وعلى فترات طويلة لذلك يجب أن يتعلموا كيف يتكيفوا مع المشكلة. ويمكن تعلم هذه المهارات من كتاب خاص ويتضمن التعرف على المشكلة الشخصية وتحدد الظروف المتحكمة بها ثم تطرح حلول وتقييم الحلول ثم تختار واحدة ثم تجربها وثم تقيمها ثانية مثلاً الطفل الذي يعاني من قلق إزاء حل الوظيفة البيتية والتي

تمنعه من النوم، إن سبب المشكلة هو المماطلة وبعد التشخيص ضع خطة لتغيير السلوك ثم وضع برنامج وعقد لقاء مع الأم والطفلة لكي تساعدها على تطبيقه.

٥- **المعتقدات الخاطئة:** أحياناً يحتاج المراهق إلى تغيير بعض المعتقدات الخاطئة عن النوم أو عن مصادر القلق يجب تشخيص هذه المعتقدات مثل (يجب أن أنجز جميع ما هو مطلوب).

٦- **السياسات المتناقضة:** بدلاً من أن تعلم الطفل على الاسترخاء في السرير يمكن استعمال أسلوب معاكس. أطلب من الطفل أن يبقي عينه مفتوحتان ولا تقبل منه النوم وأطلب منه أن يحملق في السقف بقدر ما يستطيع هذه الطريقة تجعل الأطفال ينامون.

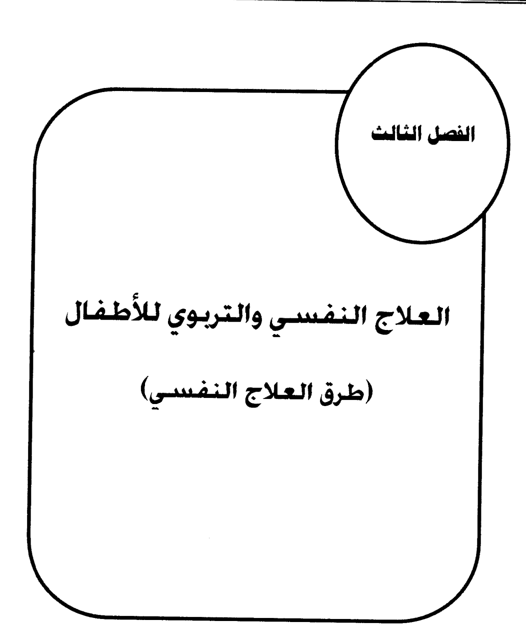
٧- **التفكير الإيجابي:** خالف وقاوم المخاوف والأفكار السالبة واقترح على الطفل يفكر بعشرة أو خمسة أشياء جميلة في نفسه وأن يكرر هذه القائمة في نفسه مرات عديدة.

٨- **تغيير موعد النوم:** يجب على طفلتك أن تختار موعداً للنوم. عليك أن تدرس شخصيتها ومتطلباتها. بعض المراهقين يتأخرون ليلاً وينامون فقط لمدة خمسة ساعات ويكون كافياً لهم.

٩- **لا تعزز:** لا تعزز الأرق وتسمح ليأتي ويتحدث معـك أو أن ينـام فـي غرفتك كن حازماً إذا ما حدث ذلك وفي كل مرة أطلب منها أن ترجع إلـى سريرها ولتوضيح ذلك ولد عمره سبعة عشرة عاما كان يدخل إلى غرفة أمه قبل موعد النوم ويتكلم عن مخاوفه. كان يزور غرفة أمه كل ليلة وكان يأتي من (٤-٢٠) مرة في الساعة وإذا لم يسمح له أن يتحدث مع أمه كـان مـن الصعب عليه أن ينام كان يتأخر في موعد النوم بثلاث ساعات وبالنـصيحة المتخصصة وقبل وقت نومه أعطته وقتاً أبكر ليتحدث عن مخاوفه في غرفة الجلوس.

١٠- **التطمين:** أخبر الطفل بأن العديد من الأطفال يجدون صعوبة عند النوم في وقت ما وأن التوتر الذي سببه القلق هو السبب في عـدم النـوم أو فـي حدوث المشكلة يمكن حل القضية بالاسترخاء وأسلوب حل المـشاكل. افهـم الطفل بأنه لا يوجد أي أذى جسدي يأتي من قلة النـوم. إن القلـق بـسبب الافتقار إلى النوم هو الذي يوجد المشكلة.

١١- **العلاج:** يمكن استعمال علاج مثل فلورازيبام بعد تجربة جميع البـدائل، إنما معظم المنومات تفقد نفعها ولها مشاكل نفسية ويصبح عليهـا الاعتمـاد أكبر.


الفصل الثالث
العلاج النفسي والتربوي للأطفال
(طرق العلاج النفسي)

الفصل الثالث
العلاج النفسي التربوي للأطفال

مُقَدِّمَة

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج – وهو شخص مؤهل علمياً وفنياً – بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض ليكون أكثر نضجاً وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل.

والعلاج النفسي هو علاج الأطفال المضطربين اجتماعياً وانفعالياً وسلوكياً بواسطة المربين، وهو نموذج علاجي يهدف إلى تسهيل وتحقيق النمو العادي نحو النضج الاجتماعي والانفعالي والعقلي والجسمي من خلال استثارة السلوك السوي والتخلص من السلوك غير السوي.

ويقوم العلاج النفسي التربوي على أساس مبادئ ونظريات التعلم مثل الحوافز والدوافع للنجاح والإثابة والتعزيز .... الخ، لتحسين السلوك البناء وانطفاء السلوك المضطرب غير البناء، ويستغل العناصر الديناميكية النفسية

ذات الطبيعة المتغيرة مثل المشاعر والصراعات والاتجاهات والقيم ومفهوم الذات، ويستخدمها كعناصر قوية تساعد الطفل على الاستمرار في النمو السوي، ويستخدم الفنيات الخاصة بالعلاقة العلاجية والتربوية لتطوير شخصية الطفل وقدراته وسلوكه.

ويتم العلاج النفسي التربوي على خمس مراحل في إطار منهج علاجي له أربعة أهداف تنموية، ويتضمن خبرات سارة منظمة متتابعة تمثل خطوات في النمو نحو النضج.

وهكذا نجد أن العلاج النفسي التربوي يتعامل مع الطفل من خلال منظار النمو الاجتماعي والانفعالي السوي، وهو بهذا يعتبر " نموذج نمو " وليس " نموذج عجز " فهو يؤكد العمليات العادية في نمو الطفل، ويعمل على تقوية هذه العناصر كوسيلة لتدعيم النمو الاجتماعي والانفعالي، وهو إطار تنموي يمكن لتعديل السلوك ويوجهه إلى الأفضل وبأسلوب تربوي تطبيقي عملي في فصل دراسي علاجي مزود بأدوات اللعب المناسبة ويضم جماعة من الأطفال يتراوح عددهم بين ٥-٨ وتتراوح أعمارهم بين ٣-٩ سنوات (ويمكن أن يستخدم مع الأطفال المعوقين حتى نهاية المرحلة الابتدائية).

ويقوم بالعلاج النفسي التربوي فريق يضم المدرس والمعالج النفسي، ومساعدين فنيين بالتعاون مع الوالدين (حامد زهران ، ٢٠٠٣).

طرق العلاج النفسي:

أولا : العلاج باللعب PLAY THERAPY:

يعتبر اللعب من الطرق الهامة في دراسة وتشخيص وعلاج مــشكلات الأطفال. وفي هذا الصدد تذكر سوزانا ميلار Millar (١٩٩٤) إن العــلاج بالعب استخدم حتى في إطار طرق العلاج الأخرى. فمثلاً استخدمه فرويــد، واستخدمته هيرمين هيلموث Hellmuth في علاج الأطفال مضطربي العقل بهدف ملاحظاتهم وفهمهم، واستخدمته ميلاني كلايــن Klein فــي عــلاج الأطفال كبديل للتداعي الحر في علاج الكبار، وافترضت أن ما يفعله الطفل في اللعب الحر يرمز إلى الرغبات والمخاوف والفرح والسرور واســتخدمت ألعاب صغيرة تمثل الأشخاص في اللعب الاسقاطي، وطبقت أنا فرويد Freud اللعب كأسلوب تعليمي علاجي مع الأطفال.

ويمثل اللعب مكانة هامة في حياة الطفل حيث يعيش ولا يميز بين نشاطاته من حيث هو عمل أم لعب، خاصة اللعب الحر الذي لا يتدخل فيه الكبار بمعاييرهم وضوابطهم، والتي تحد من تلقائية الطفل في لعبه.

واللعب هو الوسيلة التي يفهم بها الأطفال عالم الكبار، وكيفية التفاعل مع الآخرين، واكتساب اللغة، ولعب الأدوار.

واللعب الحر يعطي الطفل حرية الابتكار، وينمي عنده الخيال متمثلاً في اللعب الإيهامي.

- **ماهية العلاج باللعب:**

اللعب هو أحد الأساليب الهامة في تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم. ويستخدم اللعب كطريقة علاجية في حد ذاته، ويستخدم أيضاً ضمن طرق علاجية أخرى.

والعلاج باللعب طريقة هامة في علاج الأطفال المضطربين نفسياً، حيث يستغل اللعب للتنفيس الانفعالي، وتنفيس الطاقة الزائدة، والتعبير عن الصراعات، وتعلم السلوك المرغوب.

وقد كانت أول عيادة للعلاج باللعب تستخدم طريقة الملاحظة العلاجية (الإكلينيكية) في الفترة من (١٩٤٠ – ١٩٥٠). وقد قام عدد من العلماء بدراسة الفروق بين الجنسين في اللعب، وبتحليل أثر الإحباط على سلوك الطفل وكشف السلوك العدوانى لدى الطفل.

وتعتبر فرجينيا أكسلن من أوائل المهتمين بالعلاج باللعب، وأكدت على أهمية اللعب في انخفاض الشعور السلبي، ونمو الشعور الإيجابي (سلوى عبد الباقي، ١٩٩٢)، نحو الذات ونحو الآخرين من خلال جلسات

العلاج باللعب، وأكدت أيضاً أن الطفل يتحول إلى فرد أكثر اكتمالا وتوافقاً وتحرراً وتلقائية من خلال عملية العلاج.

ويستند العلاج باللعب إلى الأهميـــة النفسيـــة للعب وأدوات اللعب، وذلك على النحو التالي:

- يفيد اللعب في النمو النفسي والعقلي والاجتماعي والانفعالي للطفل، فيقوى عضلاته، ويطلق الطاقات الكامنة فيه، ويتعلم الطفل من خلاله المعايير الاجتماعية وضبط الانفعالات والنظام والتعاون والقيادة.
- يشبع حاجات الطفل مثل حب التملك، وذلك حينما يمتلك الطفل بعض أدوات اللعب ويسيطر عليها في حرية دون رقيب أو منافس، وفي تفكير مستقل مُنفّسا عن ميوله ومشاعره.
- يكمل اللعب بعض أوجه النشاط الضرورية في حياة الطفل اليومية.
- يفيد اللعب في دراسة سلوك الطفل من خلال لعبه عن طريق الملاحظة غير المباشرة، وهو وسيلة هامة في تشخيص مشكلات الأطفال وعلاجها.
- يعتبر اللعب "مهنة الطفل". وأثناء اللعب يشعر الطفل بالمتعة ويعيش طفولته ويستكشف ويتعلم ويبتكر.
- يمثل اللعب استكمالا لبعض أوجه النشاط الضرورية في حياة الفرد. فالعمل المتواصل بدون لعب ينمي جزءاً من الشخصية ويترك أجزاء أخرى بدون تدريب واللعب هو الذي يكمل ذلك.

- **حُجرة اللعب:**

توجد في العيادات النفسية، ومراكز توجيه الأطفال حجرة للعب، تضم لعباً متنوعة الشكل والحجم والموضوع، وتمثل اللعب الأشخاص والأشياء الهامة في حياة الأطفال اليومية.

ومن أمثلة اللعب التي تحتويها حجرة اللعب: العرائس والدمى التي تمثل أفراد الأسرة، والأطباء ورجال الشرطة، واللعب التي تمثل الحيوانات المختلفة، والأثاث، والمسدسات والبنادق، والملابس والمفروشات، ووسائل الموصلات، وأحواض الرمل والماء، والأشجار، والجبال، وطين الصلصال وأدوات الكتابة والرسم. ويمكن أن تضم حجرة اللعب بعض الأراجيح والأراجوز وغير ذلك.(كاميليا عبد الفتاح، ١٩٩٨،إجلال سري،١٩٩٧، حامد زهران،٢٠٠٣).

ومن بين اللعب المتعددة الأغراض، يختار المعالج ما يناسب مشكلة الطفل وعمره وجنسه ويمكن ملاحظة سلوك الطفل خارج حجرة اللعب أثناء لعبه بالمنزل بين أفراد أسرته التي تكون عادة هي مصدر اضطرابه وسوء توافقه، سواء كان هذا اللعب فردياً أو جماعياً.

- **أهمية اللعب في التشخيص:**

يلاحظ من الناحية التشخيصية أن الطفل المضطرب نفسياً يسلك في لعبه سلوكاً يختلف عن الطفل العادي الصحيح نفسياً. ويستفيد المعالج النفسي من اللعب كوسيلة للاتصال بالطفل واستثارته للتعبير الرمزي عن خبراته في عالم الواقع. ويعتبر كثير من لعب الأطفال تعبيراً عن مشكلاتهم وصراعاتهم التي يعانون منها أثناء لعبهم. فالطفل يسقط علـــى الدمى واللعب انفعالاته تجاه الكبار والتي لا يستطيع إظهارها خوفاً من العقاب أو توقعه، وهذا يسهل تشخيصها وتلمس أسبابها النفسية.

ويمكن للمعالج بملاحظة الأطفال وهم يلعبون مع بعض الدمى أو وهم يرسمون، وبملاحظة كيف يعامل الأطفال بعضهم بعضاً، وكيف يعاملون أدوات اللعب، وبملاحظة الأحاديث والحركات والانفعالات التي تصاحب اللعب، ويمكنه أن يكشف عن رغباتهم وحاجاتهم ومخاوفهم ومشكلاتهم. وخاصة في حالة التكرار الزائد والاهتمام المفرط بأشياء معينة والعدوان الطاغي والسرقة واضطرابات الكلام والعنف أو قلة النشاط أو فجاجة السلوك.

وأثناء اللعب نجد أن الطفل يتوحد مع أحد أفراد الأسرة من اللعب، ويستطيع المعالج أن يتصور الجو الانفعالي للأسرة، ومن ثم أن يفهم مشاعر

الطفل الظاهرة والخفية، وأن يتعرف على اتجاهاته العائلية التي لا يستطيع التعبير عنها بالكلام أو التي لا توجد وسائل أخرى غير اللعب يمكن أن تكشف عنها.

وللتعبير الرمزي للعب أهمية كبيرة في العلاج باللعب، حيث يوجه الاهتمام إلى التعبير الرمزي عن طريق القصص التي يقصها الطفل، وعادة ما تكون عن موقفه مع والديه وإخوته ورفاقه، وعن مدى تعلقه العاطفي بهم (أميرة على، ٢٠٠٦).

- **استخدام اللعب في العلاج:**

من هنا نرى أن اللعب إلى جانب فائدته التشخيصية فإنه يعتبر أسلوباً علاجياً هاماً للأطفال المشكلين أو المصابين باضطرابات نفسية حيث تتاح للمعالج فرصة ملاحظة الطفل أثناء اللعب ويتيسر له ضبط وتوجيه سلوكه. وفي العلاج عن طريق اللعب يعطي الطفل أدوات اللعب الموجودة في حجرة اللعب أو تتاح له فرصة اللعب على آلة موسيقية. أو يلعب مع رفاقه لتمثيل بعض المواقف الاجتماعية .... وهكذا.

ويكّون المعالج العلاقة العلاجية بالطفل من اللحظة الأولى التي يصطحبه فيها إلى حجرة اللعب، إذ يعامله بتسامح وعطف وثقة تاركاً له

الحرية في أن يلعب بالأشياء التي يرغبها وبالطريقة التي يراها دون خوف أو لوم أو عتاب، وهذا يؤدي إلى زوال القلق وخفض التوتر مما يزيل أهمية الدفاعات التي يلجأ إليها الطفل عادة.

ويعتبر العلاج باللعب فرصة ممتازة لنمو الطفل. ففي إطاره يكون الطفل هو أهم شخص وهو المسيطر على نفسه وعلى الموقف، ولا أحد يصدر إليه أوامر ولا أحد يتدخل في شئونه، ولا أحد ينتقده ولا أحد يقترح ولا أحد يعاقبه، وهو هنا يشعر أنه ينظر إلى نفسه نظرة واقعية لأنه مقبول تماماً وهنا يستطيع أن يعبر عن نفسه بحرية تامة وانطلاق كامل لأن هذا عالمه الــذي لا يشاركه فيه الكبار مصدر السلطة، أو الصغار المنافسون. أنه هنا يشعر أنه فرد له كيانه، ويتمتع بكل الحقوق، أنه يستطيع أن يقول أي شيء يريده ويستطيع أن يفعل ما يحلو له. أنه مقبول تماماً.

وفي بعض الأحيان قد يلجأ المعالج إلى اتخاذ موقف تعليمي أو تدريسي مباشر إذ يشعر أن الموقف يتطلب ذلك. إلا أننا ننصح ألا يتخذ المعالج موقف الناصح أو الواعظ لأن الطفل قد ثار ضد الوالدين لهذا السبب عينه.

أما عن مشاركة المعالج في اللعب فقد يشارك وقد لا يشارك. وهو حين يشارك الطفل في اللعب في جو سمح يسوده العطف والثقة والتقبل فقد يتخذ موقفاً إيجابياً فيصمم لعبة معينة ويبدأ هو نفسه باللعب مشجعاً الطفل على الاشتراك معه. وهنا يعكس المعالج مشاعر الطفل ويوضحها له حتى يدرك نفسه ويحدد إمكانياته ويصبح بالتدرج قادراً على أن يفهـم ويحقق ذاته وأن يفكر لنفسه بنفسه ويتخذ قراراته بنفسه دون الاعتماد على المعالج. وقد يكون اللعب حراً حيث لا يشارك المعالج الطفل في اللعب تاركاً له الحرية التامة في أن يلعب بالأشياء التي يرغبها على سجيته وبالطريقة التي يراها دون تهديد أو خوف أو استهجان أو عقاب. وقد يتخذ هذا موقفاً سلبياً فيكتفـي بتهيئة الجو المناسب للعب بملاحظة الطفل وهو يلعب دون أن يشترك معه في اللعب، على أن يتدخل بالتدريج ويقدم تفسيرات بسيطة مع استمرار الطفل في اللعب، وهذا الموقف الأخير يتخذه عادة المعالجون الذين يتبعون طريقة العلاج غير المباشر أو المتمركز حول العميل.

ويعتبر اللعب وأدوات اللعب مثيرات تجعل الطفل يتكلم أو يمثل خبراته وصراعاته بطريقة درامية مما يتيح فرصة التعبير والتنفيس الانفعالي عن التوترات التي تنشأ عن الصراع والإحباط. فعندما يعطي الطفل أدوات اللعب فإنه يبدأ في التعبير عن مشكلاته التي قد لا يستطيع التعبير عنها لفظياً

أو على المستوى الشعوري. وقد يلجأ المعالج إلى توجيه بعض الأسئلة للطفل أثناء لعبه، وقد يشجعه على تكرار موقف أو مواقف تمس مشكلاته الانفعالية، فيعبر الطفل عن انفعالاته ويفرغها تفريغاً، كما يستطيع أن يجد حلولاً لصراعاته وأن يصل إلى حل لمشكلته. ويلاحظ أن المعالج يمكنه أن يفسر لعب الطفل على النحو الذي يفسر به تداعي المعاني عند الكبار.

ويجب أن يكون المعالج حساساً لما يقوم به الطفل من أنماط السلوك المختلفة وأن يستجيب له بطريقة مناسبة، ويعلق المعالج عادة على الطريقة التي يلعب بها الطفل ويفسر له دوافعه ومشاعره بطريقة تتناسب مع عمره وحالته. ويستغل المعالج كل فرصة لتنمية وتقوية عادات جديدة مفيدة بدلاً من العادات السلوكية القديمة. وحيث أن اللعب يعبِّر تعبيــراً رمزياً عن المخاوف اللاشعورية، فإن تكرار اللعب يعين الطفل على تحمل الخوف. فالألفة بالشيء تذهب الخوف منه وتجعل الطفل يعتاده.

ويلاحظ أن المعالج قد يصبح موضوعاً لعملية تحويل يسهل على الطفل أن يظهر عدوانه نحو والديه. وفي حالات أخرى يكون المعالج قادراً على مساعدة الطفل عن طريق إيضاح هذه النواحي العدوانية للوالدين وتعريفهم بطرق التغلب عليها.

وعلى العموم فإن نجاح العلاج باللعب يتوقف على شخصية المعالج وقدرته على أن يضع نفسه موضع الطفل وعلى ألا يقف موقف المعارض أو المندهش أو المشفق أو المرتاب أو المحقق أو المتحدي أو المشمئز.

وقد يشرك المعالج الوالدين معه، ويتم ذلك في اجتماعات ينظمها المعالج ويحضرها الوالدان وكذلك سائر أفراد الأسرة إذا تسنى ذلك.

- **العلاج النفسي الجماعي باللعب:**

العلاج النفسي الجماعي هو علاج عدد محدود من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعة علاجية صغيرة، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد وما يحدث من تفاعل وتأثير متبادل بين أفراد الجماعة وبين المعالج ما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب. والعلاج النفسي الجماعي هو طريقة المستقبل، وهو يعتمد على أسس نفسية واجتماعية. تقتضى الاستعانة بالجماعة كوسيط علاجي في تصحيح السلوك الاجتماعي للمريض وتقويمه، (إجلال سري، مرجع سابق).

والعلاج النفسي الجماعي للأطفال عن طريق اللعب هو علاج يقدم لعدد محدود من الأطفال في وقت واحد ويستخدم فيه اللعب أساساً ، كأسلوب تشخيصي وعلاجي مع الأطفـــال الصغار، هذا فضلاً عما يمكن استخدامه

من أساليب أخرى خلال الجلسة الجماعية. وعادة ما يختلف أسلوب العمل باختلاف المعالجين واختلاف نظرياتهم ومناهجهم ومذاهبهم العلمية، والعلاج النفسي الجماعي ليس بديلاً للعلاج الفردي وإنما هو علاج يصلح في حالات معينة ينبغي اختيارها بدقة ووضعها معاً في مجموعات تمارس أنشطتها بحرية وتشمل هذه الحرية: حرية التصرف، حرية التفاعل، حرية التعبير، حرية الكذب والشك وحرية الاحترام، (كاميليا عبد الفتاح، مرجع سابق).

- **الاتجاهات العلاجية:**

يقوم أسلوب العلاج باللعب على مجموعة من الاتجاهات يستطيع الأطفال من خلالها وعن طريقها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية، وبطرقهم وأساليبهم الخاصة بهم كأطفال، حتى يتمكنوا في نهاية الأمر من تحقيق إحساسهم بالأمن والكفاية والجدارة من خلال الاستبصار الانفعالي. والاعتقاد السائد أن هذه الاتجاهات تكون قابلة للانتقال وأنها يمكن نقلها من شخص إلى آخر، ولا يمكن لأحد أن يتعلمها بمفرده، لكن من الممكن أن يعلمها البعض للبعض الآخر.

ويؤكد موستاكس (١٩٩٧) أن الاتجاهات الثلاثة الأساسية التي يستند إليها العلاج باللعب هي الإيمان بالطفل والثقة فيه وتقبله واحترامه. فالثقة تجعل الطفل ينظر لنفسه على أنه شخص مهم، شخص ما يملك شيئاً يقدمه

لنفسه وللآخرين. أما التقبل فتجعل الطفل يشعر بأنه مرضى عنه، ويتضمن التقبل أيضا أن يتواصل المعالج بنشاط وهمة مع أحاسيس الطفل ومعانيه الشخصية الخاصة وإدراكاته ومفاهيمه. أما الاحترام فيشعر الطفل أن اهتماماته ومشاعره مفهومة ويستطيع المعالج أن يوصل الاحترام للطفل عن طريق التحية والمشاركة الوجدانية. ويجب على المعالج أن يختبر نفسه في علاقته مع الطفل ليس فقط بلغة الفنيات والأدوات التي يستعملها أو يوظفها في كل جلسة علاجية ولكن أيضاً في حدود إذا كان يوصل أو لا يوصل الثقة، والتقبل والاحترام إلى الطفل وأين وكيف يحقق النجاح في دوره في كل جلسة علاجية وأين وكيف يصيبه الفشل في تحقيق هذه الأهداف. وبدون هذه الاتجاهات الثلاثة الأساسية في المناخ الانفعالي، الاجتماعي للقيام بالدور العلاجي سيكون من العسير أن نتصور تأثير أو فاعلية أي نوع من العلاج.

- **العملية العلاجية:**

إن الطفل أثناء اللعب يعبر عن صراعاته ومشكلاته التي يعاني منها، ويسقط ما بداخله من انفعالات ومشاعر تجاه الكبار، والتي قد لا يستطيع إظهارها خوفاً من العقاب، ومن فقد الاهتمام والرضا والتعزيز، على اللعب وأدواته.

وأثناء العملية العلاجية يمكن للمعالج ملاحظة سلوك الطفل المشكل أثناء اللعب وملاحظة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وأسلوب تعبير الطفل عن مشكلاته وحاجاته وخاصة في حالة التكرار الزائد، وملاحظة كيفية تعامله مع أدوات اللعب التي يمكن أن تكشف عن أنواع السلوك المشكل التي يعاني منها الطفل كالسرقة والقسوة والغضب والعدوان ومشكلات العلاقة بالأهل والرفاق عموماً.

واللعب الإيهامي يمنح فرصة كبيرة للمعالج لتشخيص حالة الطفل، فعن طريق اللعب بالدمى أو بأية أدوات أخرى موجودة بالبيئة كالعصا، ومن خلال القصص التي يرويها الطفل يمكن الكشف عن العلاقة مع الأهل والرفاق مثل اتجاهاته نحو والديه، موقفه من رفاقه، كما يمكن من خلال اللعب الإيهامي أيضاً الكشف عن مفهوم الطفل عن ذاته وفكرته عن نفسه.

من ناحية أخرى، إن لعب الطفل بالمكعبات وطريقته في استخدامها، واللعب بالرمل أو الصلصال، يوضح قدرته على التعبير عن انفعالاته، ويعطى فكرة عن مدى ثقته في نفسه وفي الآخرين. أما الرسم والألوان فيمكن أن تبين للمعالج حاجات الطفل والمشكلات التي يعاني منها خصوصاً أذا قام الطفل بسرد قصة عن الشكل الذي رسمه.

إن كـــل ما يقوله الطفل أو يفعله في غرفة اللعب له معنى ودلالة في إطاره المرجعي للذات.

وتستخدم اختبارات اللعب الإسقاطية كوسيلة هامة في عملية التشخيص، إذ تستخدم اللعب والدمى المقننة في مواقف محددة للكشف عما يعانيه الطفل من إحباطات وصراعات، وتوجد نماذج متنوعة لمثل هذه الاختبارات مثل اختبار المنظر الذي يتخيله الطفل وينفذه باللعب وقد ذكر (مليكه، ١٩٨٦) العديد من الرسومات المقننة التي تستخدم للكشف عن انفعالات الفرد والضغوط التي يتعرض لها.

وأثناء جلسة العلاج باللعب، يعطى الطفل أدوات اللعب، وتمنح له الفرصة لأن يكون تلقائياً وطبيعياً ويترك له اختيار ما يريد من ألعاب وأدوات، وفي هذا المجال يمكن للطفل أن يلعب أدواراً متعددة قد لا يستطيع أن يلعبها خارج جلسة اللعب.

ويـــرى(موستاكس) أن العملية العلاجيـــــة في حـــد ذاتهـــا نموذجـــاً منتظماً وتسير كالآتي:

١- في بداية العلاج تكون انفعالات الأطفال المشكلين منتشرة (متشعبة) وغير متمايزة (لا يمكن التفرقة بينهما)، ويكون لدى الأطفال إحساس

ظاهر بفقد الاتصال بالناس مما يشكل مثيراً أساسياً للإحباط والغضب والخوف والشعور بالذنب. أي أن انفعالات هؤلاء الأطفال لم تعد مرتبطة بالواقع فهي مبالغ فيها وأحكامهم تتصف بالعمومية ومن السهل استثارتهم، كما أن اتجاهات العداء والقلق والنكوص تكون لدى الأطفال عامة ومنتشرة في تعبيراتهم أثناء اللعب، فهم خائفون غاضبون وأحياناً يحسون بالرغبة في تدمير كل الناس.

٢- أثناء العلاج إذا كانت ثقة الطفل بالمعالج كبيرة وكان إحساسه بالتقبل والاحترام واضحاً وملموساً فإن الطفل يزيد من تركيزه في التعبير عن غضبه، كما أن عداءه يصبح أكثر خصوصية، ومن ثم يصبح التعبير عن الغضب أكثر مباشرة وغالباً ما يكون الغضب متصلاً بأشخاص معينين أو خبرات وتجارب معينة، لأن تعبيرات الطفل تكون مقبولة من المعالج فإن مشاعر الطفل تصبح أقل حدة ويبدأ الطفل يشعر بأنه شخص ذو قيمة ويستحق الاهتمام.

٣- في المستوى الثالث من العملية العلاجية يصبح الطفل أفضل من قبل على الرغم من أن الغضب عنده لم يزل واضحاً وصـــريحاً، كما أنه يعبر عن بعض التناقضات الوجدانية (حب، عداء، عطف، قسوة) وهذه الاستجابات المتناقضة على المستوى الوجداني للطفل قد تكون شديدة في

حدتها في البداية، ولكن عندما يعبر عنـــها الأطفال المرة تلو المرة من خلال العلاقة العلاجية فإنهم يصبحون أقل توتراً.

٤- في المرحلة النهائية تبدأ المشاعر الإيجابية في الظهور، فالطفل هنا يرى نفسه وعلاقاته بالناس بصورة أوضح لأنه يراهم بنظرة واقعية أكبر. وقد يظل مستاء من أخيه الأصغر لكنه لم يعد يكره الطفل لمجرد كونه طفلاً.

إن العملية العلاجية لا تحدث بصورة آلية في موقف اللعب، وإنما هي وسيلة ممكنة من خلال الرابطة أو العلاقة العلاجية، إذ يتجاوب المعالج في حساسية مستمرة دائمة مع مشاعر الطفل ويتقبل اتجاهاته ومن ثم يقوم بنقل وتوصيل الثقة في صورة صادقة ومناسبة للطفل ويعكس ذلك كله في أن يكن له التوقير والاحترام.

إن على المعالج في كل الأحوال أن يحافظ على علاقة تتسم بالدفء والتسامح والتقبل مع الطفل، وعليه أن يبتعد عن لوم الطفل وعتابه وأن يسمح له بالتعبير عن نفسه ويستجيب له بطريقة ملائمة ويفسر له دوافعه ومشاعره بما يناسب سنّه وحالته، ويستثمر كل فرصة لتنمية عادات سوية لديه والقضاء على السلوك غير المرغوب فيه، وقد يحدث هذا مباشرة وبطريقة تلقائية لأن اللعب يعد تعبيراً رمزياً عن المخاوف اللاشعورية، وتكرار اللعب يعين الطفل على تحمل الخوف فالألفة بالشيء تذهب الخوف وتجعل الطفل يعتاده.

وفي مناقشتنا للعلاج باللعب لم نفصل بين عمليتي التشخيص والعلاج من خلال اللعب، لأنه من الصعب الفصل بينهما إذ أن اللعب يكشف عن ......، ويشخص لـــ .....، ويعالج في أن واحد ما كان متيسراً من الأمور المتعلقة بالطفل.

- **فوائد العلاج باللعب:**

ويمكننا أن نلخص فوائد العلاج باللعب فيما يلي:

- إن اللعب في إطار العلاج النفسي يعتبر مجالاً سمحاً للتعبير عن الدوافع والرغبات والاتجاهات والمشاعر والصراعات والإحباط وعدم الأمن والقلق والتصريف والتنفيس الانفعالي ويتيح اللعب فرصة إزاحة المشاعر مثل الغضب والعدوان إلى أشياء أخرى بديلة والتعبير عنها تعبيراً رمزياً مما يخفف عن الطفل الضغط والتوتر الانفعالي.
- يعلم الطفل كيف يعبر عن خوفه وغضبه بصورة واقعية.
- قد يساعد الطفل على الاستبصار في متاعبه ومعرفة أسبابها، كما يعينه على إيجاد حلول لها مع والديه وأخوته.
- قد يترتب عليه أن يتقدم المعالج باقتراحات إلى الوالدين لزيادة فهمهما ولتغير موقفهما بالنسبة للطفل.
- قد تتضح للطفل أثناء لعبه قدرات ومواهب لديه كانت خافية عنه مما يزيد معرفته بنفسه، وثقته بنفسه، أو يعين في توجيهه وفي علاجه.
- يتيح خبرات نمو بالنسبة للطفل في أفضل الظروف، وبذلك يعتبر موقف تعلم ممتاز بالنسبة للطفل.
- يستطيع الطفل عن طريق خبرة العلاج باللعب، ومن خلال العلاقة العلاجية بينه وبين المعالج أن يكشف عن ذاته الواقعية للمعالج، وعندما

يشعر أنها مقبولة تزداد ثقته في نفسه، ويستطيع تعزيز وتدعيم جبهات شخصيته.

- يعتبر اللعب بديلاً لما لا يستطيع القيام به من سلوك في الحياة الواقعية.
- وأخيراً فإن العلاج باللعب يمكن عن طريقه أيضاً تحقيق أغراض وقائية وذلك مثلاً عن طريق تقديم الطفل لخبرة ميلاد طفل جديد حتى نقيه شر ردود الفعل المعروفة حين يفاجأ بهذا الميلاد.

- **اللعب ونمو الشخصية:**

ولكن ما زال هناك جدال كبير حول القيمة الأكيدة للعب في نمو الشخصية، فإذا كان للعب فوائد، فإن هناك أنشطة أخرى مثل القراءة، مثلاً أو النشاط الرياضي من الممكن أن تحقق هــذه الأهداف وتلك الفوائد. ولكن في جميع الأحوال لا يمكن القول بأن لعب الأطفال عديم الفائدة، فهو لا شك أحد مصادر المتعة والسعادة والسرور، مما يساعد الطفل على الشعور بالــرضا الانفعالي، كذلك ينمى الشعور بالكفاءة أو القدرة وبالتالي الثقة بالذات والإنجاز والتحصيل، وبذلك يسهم في شعور الطفل باحترامه لذاته Self-esteem والشعور بالكفاءة الذاتية Self-efficacy وكذلك فإن اللعب جزء من حياة الطفل الاجتماعية أو عالمه الاجتماعي واتصاله بأقرانه أو أنداده أو بالكبار.

وحديثاً ظهر اتجاه يؤيد ما يعرف بسم الإشراف على اللعب Play tutoring وفيه يتدخل أو يشارك الكبار الأطفال في ألعابهم، وبتقديم التوجيه اللفظي، والاقتراحات وفي بعض الأحيان يقوم الشخص بدور النموذج أو المثال أمام الطفل كي يقلده وخاصة في اللعب الخيالي. وهناك بعض الدراسات التي أكدت أن اللعب من هذا النوع يشجع النمو المعرفي واللغوي والاجتماعي في الأطفال.

ولمـــا كان الاتصال اللفظي مع الأطفال الصغار صعباً Verbal communication، فلقد أستخدم بعض علماء النفس اللعب كوسيلة أمام الأطفال للتعبير عن الذات، ولقد استخدمت آنا ابنة سيجمد فرويد اللعب لعلاج بعض الأطفال وطبقت التحليل النفسي على ألعاب الأطفال، حيث أنه من الصعب على الأطفال القيام بعملية التداعي الحر وهي أحد مناهج العلاج النفسي التحليلي التي تستهدف تفريغ المريض للشحنات الانفعالية الحبيسة داخله Free-association لذلك بدأت تلعب هي مع طفلة مريضة من أجل تشجيع الطفلة على التعاون. ولقد لجأ بعض العلماء إلى ما يعرف بسم تحليل اللعب Play analysis وتم تفسير لعب الأطفال، وكذلك تعليقاتهم اللفظية أثناء اللعب، وفقاً لنظرية التحليل النفسي أو الفكر الفرويدي التقليدي ورموزه. وكان الهدف من ذلك إزالة الضغوط الخاصة بالذات الدنيا والذات العليا

وتقوية الذات الوسطى وهي المسئولة عن تحقيق التوازن بين مطالب الذات الدنيا والعليا وهي التي تسير وفقاً للمنطق والعقل وتراعي مطالب المجتمع وحاجاته.

ولقد بدأ الاهتمام باللعب كمنهج من مناهج العلاج النفسي في وقت مبكر من القرن العشرين يرجع إلى عام (١٩٢٠) وما أن تم ذلك حتى بدأ علماء النفس من أصحاب المدارس الأخرى في استعارة المنهج وتطويره وتعديله وتطبيقه.

وهناك شبه اتفاق بين المعالجين على شكل غرفة اللعب ومحتوياتها، وإن كان البعض يرغب في إضافة بعض المعدات يجب أن يكون الجو في الغرفة ساراً وواضحاً وأن تكون عديمة الصوت وغير قابلة للتحطيم أو التدمير أو التكسير في الغرفة وكذلك اللعب والدُمى والكراسي. وتسمح الدمى بخلع الرقبة أو الأرجل أو الأذرع أو الرأس. ويفترض أن اللعب مع هذه الدمى يوفر للطفل فرصة للتعبير عن غضبه وإخراجه إلى حيز الوجود وإطلاق سراحه وفك عقاله.

وتوفر له فرصة للاتصال بالمعالج والتعبير له عن صراعاته وآلامه. ويوجد أيضاً إلى جانب اللعب والدمى، يوجد الرمال والصلصال والمياه لإتاحة الفرصة واسعة أمام الطفل.

وتمثل الدُمى الأب والأم والأخوة والأخوات ، ويوضع ذلك في منزل يسمى منزل اللعب Playhouse. بما في ذلك المرحاض. وبذلك تتاح الفرصة أمام الطفل للتعبير عن مشاعره تجاه كل أعضاء الأسرة للمعالج. فقد لوحظ على طفل أمريكي أنه أثنـــاء اللعـــب انتزع ذراع " أمه " ورأسها ورجلها ووضعها جميعاً في المرحاض تعبيراً عن مشاعره تجاه أمه الحقيقية ويترك الحرية للطفل أن يستخدم ما يشاء من الألوان والأدوات في حجرة اللعب، بحيث يشعر بالحرية وبحيث يشعر الطفل أن الجو في غرفة اللعب مختلف عنه في المنزل وفي المدرسة. فإذا سأل الطفل المعالج عن أي الألوان يستخدم؟ قال له أي نوع كما يشاء. وإذا سأله في أي مكان أضع هذه الفرشاة؟ أجابه في أي مكان تريده أنه ترجع إليك أنت. تستطيع أن تبعثر هذه الأشياء لا يوجد قواعد هنا.

- **دور اللعب في عملية الإسقاط:**

واللعب موقف يسقط فيه الفرد مشاعره وانفعالاته وآلامه وأماله ورغباته ودوافعه على الغير، وبذلك كأنه يتطلع أو ينظر في المرآة عندما ينظر في الناس لأنهم يعكسون حالته هو ومشاعره. فالرجل البخيل يصف جميع الناس بالبخل، والموظف المرتشي يرى جميع الموظفين مرتشين. والموقف الثاني هو الموقف العلاجي مستمد من فكرة التطهير الانفعالي أو

التفريغ الانفعالي أو التصريف الانفعالي أو الفضفضة وإزاحة الانفعالات والمشاعر الجـاثمة علـى الصدر وإطلاق سراحها وفك عقالها، وبذلك يشعر المريض بالراحة من مجرد " الفضفضة ".

والعلاج باللعب يفيد في عملية التشخيص، وفي عملية العلاج. وفيه تقدم للطفل مواد اللعب، وقد تكون بسيطة جداً، وقد تكون كثيرة وعن طريق اللعب يعبر الطفل عن مشاعر لا يستطيع التعبير عنها بالألفاظ، ومن خلال اللعب يتعرف المعالج على نوعية مشاكل الطفل، ويستطيع أن يساعد الطفل في إيجاد حلول لهذه المشكلات وخاصة مشاكل القلق والخوف.

وفي العلاج باللعب يتم الاستفادة من اللعب أو استغلال واستثمار وتوظيف اللعب في أثناء وجود المعالج النفسي لمساعدة الطفل على أن يخلص نفسه من سوء التوافق أو سوء التكيف؟ ومن التوتر والقلق والخوف والصراع.

وفي العلاج باللعب يتم تشجيع الطفل على أن يمثل وأن يعيد تمثيل الموقف الذي يعاني منه كالتوترات، وأن يظهر أو يعبر عن أن يخرج المشاعر التي هي مقموعة أو مكبوتة في الحياة الواقعية. وما يعجز الطفل عن التعبير عنه صراحة في الحياة الواقعية يعبر عنه من خلال اللعب، ربما

تعبيراً رمزياً. فقد يسب دمية تمثل الأب كيفما يشاء وقد يغرق في الماء دمية تمثل الأخ الأكبر، ويقوم العلاج باللعب على أساس من الاعتقاد في عملية الفضفضة. ففيه نقدم مساعدة للطفل كي يتحرر من مشاكله.

وحيــث أن الأطفال الصغار لا يستطيعون التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بوضوح للمعالج، فإنهم يستطيعون إبراز ذلك أي المفاهيم والتصورات وخبراتهم ورغباتهم ومخاوفهم من خلال ألعابهم، وعلى ذلك يتحقق في العلاج عن طريق اللعب ما يلي:

١- إشباع الرغبات، حيث يعبر الأطفال عن خبراتهم وتفاعلاتهم ورغباتهم.
٢- تكرار إظهار الخبرات السالبة.
٣- القيام بالأدوار المعكوسة التي لا يستطيعون القيام بها في الحياة الواقعية أو المواقف التي يقفون فيها موقفاً سالباً في الحياة الخارجية.

ويقف المعالج ملاحظاً ويسمح للطفل باللعب. ويساعد هذا اللعب المعالج في إقامة علاقة مع الطفل، ويفهم مظاهر النمو لدى الطفل، ومهارات الطفل، وصراعاته وانفعالاته، وأسلوبه في الحياة، والأمور التي تشغل بال الطفل، وبذلك يحصل المعالج على معلومات تشخيصية تفيده في تشخيص الحالة.

وهناك مناهج متعددة في العلاج باللعب من ذلك العلاج غير التوجيهي أو التسامحي أو المتمركز حول العميل، حيث يقف المعالج موقفاً سالباً يكتفي فيه بتقديم العون والتعضيد ويقوم بعملية الانعكاس Reflection لمشاعر المريض، ويساعده على أن يصل إلى حلول مشاكله بنفسه، كما يقوم بدور التوضيح أو الشرح. أما المعالج صاحب الاتجاه التحليلي، فقد يقدم للطفل بعض التفسيرات أو التأويلات وصراعاته على المستوى الشعوري، تلك المشاعر التي احتواها الكبت أو الإنكار. وقد يكون المعالج من أصحاب نظرية التعليم الاجتماعي، حيث يدرس الطفل كيف يلعب مع الآخرين أكثر من التركيز على عملية اللعب نفسها.

ثانياً: العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا Bibliotherapy :

وهو ما يسمى بالقراءة العلاجية، وهو بمثابة علاج مساعد غير مباشر من خلال استخدام مواد مكتوبة كالقصص يقرؤها الطفل المريض ويتفاعل معها، ويستفيد منها في تحقيق التوافق النفسي.

ولقد لخص جون ت .بارديك في كتابه " دليل إلى العلاج بالقراءة " أهداف وأغراض العلاج بالقراءة تلخيصاً دقيقاً، وذكرها في سبعة أهداف هي:

١. تقديم المعلومات.

٢. تهيئة الظروف للاستبصار.
٣. الوصول إلى قيم واتجاهات جديدة.
٤. تهيئة الظروف لمناقشة أركان وأبعاد المشكلة.
٥. خلق الإحساس ولفت الانتباه إلى أن الآخرين لديهم نفس المشاكل.
٦. إيجاد حلول للمشكلات التي تسبب المرض.
٧. ربط الإنسان المريض بالواقع وإيجاد حلول واقعية لمشاكله (شـــعبان خليفة، ٢٠٠٠) .

وتعتبر الببليوثيرابيا أداة فعالة في مساعدة ذوي الاضطرابات السلوكية على مواجهة وتغيير المشاكل القائمة عن طريق القراءة حول كيفية تغلب الآخرون على تلك المشكلات، وكيف يمكن للإنسان أن يكون واقعياً في حل تلك المشكلات فلا يورط نفسه في مشاكل أخرى وكيف له أن يعيش واقعه ويتلاءم معه.

كيفية العلاج بالقراءة:

يستلزم توجيه المريض في إطار العلاج بالقراءة الاهتمام بمعرفة خلفيته التعليمية والثقافية وميوله واهتماماته وحاجاته وهواياته. ويتم تحديد مواد القراءة واختيار الكتب والكتيبات والمجلات والنشرات والموديلات والقصص العلمية أو الأدبية بعناية بواسطة المعالج، ويوجه المريض إلى قراءتها بحيث

تحقق الفوائد المرجوة من العلاج بالقراءة. ويتم تقديم مواد القراءة على أنها مقترحات وليست إلزاماً، مع زيادة الدافعية والتشجيع وتأكيد الفائدة العلاجية للمادة المقروءة (إجلال سري ، ١٩٩٠).

فوائد العلاج بالقراءة:

يمكن تحقيق الفائدة المرجوة من العلاج بالقراءة بإحدى الطرق الآتية:

- توحد المريض مع شخصية معينة أو خبرة معينـــة فـــي الكتـــاب، ومـــا يصاحب ذلك أو يتلوه من تصريف انفعـــالي بخـــصوص المـــادة التـــي يستوعبها المريض. وقد يتخلص المريض من فكرة أنه وحده الذي يعاني المتاعب والأمراض بل يجد أنه هو وغيـــره يـــشتركون فـــي متاعـــب ومشكلات متشابهة. ومن أحسن الكتب المفيدة في هذا الصدد تلك التـــي تحتوي على مادة تصور البطل (أو البطلة) وقد قابلته المشكلات وتغلَّب عليها وحقق إنجازاً نتيجة لجهاده ونضاله وحربه ضد هـــذه المـــشكلات. وصور التوحد التي يستفاد منها بوضوح تكون عن طريق الإسقاط حيث يستغل المريض مرضه لإسقاط خصائصه وسماته على شخصية شريرة في القصة أو على الأب المكروه أو الأم المكروهة أو الزوج الخـــائن أو الزوجة الخائنة. والمريض هنا يعبر عن السمات بدرجات متفاوتـــة مـــن التنفيس. ويمكن الاستفادة علاجيا عندما تستثير القراءة المريض وتجعله

يقارن بين معايير المؤلف وبين معاييره وأفكاره الشخصية وقد يتبنى بعضها وقد يرفض البعض الآخر.

- ارتباط واتصال المريض بالواقع عن طريق قراءة الصحف والمجلات.
- تنمية رصيد المريض من الناحية العقلية المعرفية وخاصة عند المثقفين من المرضى، وتعليمه التفكير الايجابي البناء، وفهم وتحليل المشكلات، وزيادة القدرة على تحليل الاتجاهات والسلوكيات ووضع حلول بديلة للمشكلات.
- إشباع حاجة المريض إلى الموافقة الاجتماعية وخاصة عن طريق اجتذاب اهتمام هيئة العلاج وجماعة المرضى.
- توفير الوقت في العلاج النفسي.
- حل مشكلات المريض الشخصية عن طريق التعرف على الحلول الممكنة والبديلة واختيار أفضلها بالنسبة له واستخدامها.

(شارلز تومبسون، ليندا رودولف، Thompson& Rudolph، ١٩٨٣، سلمى الأنصاري ١٩٨٦، ارلينت هاينز، لويس ويدل Hynes& Weddle، ١٩٩٠).

استخدامات العلاج بالقراءة:

يستخدم العلاج بالقراءة في حالات كثيرة منها:

* الاضطرابات النفسية الجسمية.
* الاضطرابات النفسية الاجتماعية.
* الاضطرابات الانفعالية.
* الإرشاد العلاجي للكبار (جون بارديك، مارثا ماركوارد Mark ward Par deck& ١٩٩٥، بريان هودجز وآخرون. Hodges et al، ١٩٩٥).

ثالثاً: العلاج النفسي بالفن ART PSY CHOTHERAPY:

تعريفه:

يعتبر العلاج النفسي بالفن واحداً من طرق العلاج الهامة شأنه باقي الطرق العلاجية.

وتعتبر مارجريت نومبورج Naumburg، وجيمس ديني Denny من أوائل من قدموا إسهامات رائدة في مجال العلاج والإرشاد النفسي بالفن.

والعلاج النفسي بالفن: عبارة عن طريقة تقوم على تناول واستخدام وسائل التعبير الفني التشكيلي، وتوظيفها بأسلوب منظم ومخطط، لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية، في أنشطة فردية أو جماعية حرة أو

مقيدة، وذلك وفقا لأهداف خطة العلاج، وتطور مراحلها، وأغراض المعالج، وحاجات المريض. (مارجريت نومبــورج Naumburg، ١٩٦٦، جوديــث روبين ، Rubin، ١٩٧٨).

والعلاج النفسي بالفن له وجهان متكاملان متكافئان:

- **الفن التشكيلي:** وهو التعبير الفني (غير اللفظي) بالرسم أو أعمال الفخار والخزف، حيث يتم التعبير عن الخبرات الدفينة والمستترة والمكبوتة المسببة للمشكلات والاضطرابات السلوكية.
- **العلاج النفسي:** حيث يتم تفسير ومعرفة حقيقة تلك الخبرات وإيجاد حلول للمشكلات، وإحداث تغيير إلى الأفضل في شخصية الفرد وفي حياته بصفة عامة.

(عايدة عبد الحميد١٩٩٠).

والعلاج بالفن علاج وفن وأكثر. إنه أكثر من فن يستخدم علاجيا، أو علاج مضاف إليه بعض الفن. وهو ليس إضافة التعبير الفني إلى عملية العلاج النفسي، وليس مجرد إضافة العلاج إلى الفن. إنه تركيب وكيان جديد. إن مثله كمثل الماء ،ليس مجرد هيدروجين وأوكسجين. (إجلال سري، ١٩٩٠).

هدف العلاج بالفن:

- مساعدة المريض على بناء الطريقة التي ينظم حياته ويعيشها ويدركها.
- طرح الخبرات الحياتية المؤلمة غير المرغوب فيها واستبدالها بخبرات معلمة مثمرة وذات قيمة.

- تحريك المريض من حالة الشعور بالاغتراب، والعدوانية، والتمركز حول الذات، والقلق، وما شابه ذلك، إلى حالة تسودها مشاعر الحب والتعاطف والرغبة في التعلم والنمو، والإقبال على الحياة والشعور بالتوازن والسلم الداخلي. (عبد المطلب القريطي، ١٩٩٥).

أسس العلاج النفسي عن طريق الفن:

يقوم العلاج النفسي بالفن على الأسس التالية:

فيما يتعلق بالمريض:

- المريض لديه قدرة كامنة للتعبير عن نفسه تلقائياً ولا شعورياً عن طريق الفن كوسيلة تعبير غير لفظية تتيح إظهار محتويات لا شعورية على مستوى الشعور حيث يمكن مواجهتها والتعامل معها في إطار الواقع.
- المريض لديه حاجة للتعبير عن ذاته. والتعبير الفني التشكيلي بطبيعته رمزي لفظي، ورسالة بصرية ووسيلة اتصال وحوار بين الشخص المعبر والمحيطين به. والعمل الفني تعبير باليد عما في العقل، وإخراج ما بالداخل ليراه الفرد ويراه غيره.
- المريض قد يكون لديه خبرات يعجز عن التعبير عنها لفظيا، ويمتنع عن الكلام عنها ويعبر بالفن التشكيلي بصورة رمزية غير لفظية تكشف عن

الكيان الداخلي، فتعطي فرصة لتشخيص المعاناة وتنفيس الضغوط والتوترات. (عايدة عبد الحميد ، ١٩٩٠) .

التعبير الفني للمريض:

- العمل الفني تعبير رمزي يعكس – وكأنه مرآة – شخصية المريض ودوافعه وصراعاته وحاجاته الخاصة ومشاعره واتجاهاته وعلاقته ببيئته الأسرية والاجتماعية. كذلك فإن التكنيكات والألوان لها دلالات وقيمة تشخيصية هامة وخاصة في حالة التكرار والاستمرار. ومن أمثلة ذلك التعبير بخطوط مهوشة وأشكال طفولية ناقصة في حالات الفصام، واستخدام الألوان القاتمة في حالات الاكتئاب.
- التعبير الفني التلقائي يتيح فرصة إسقاط مصور لمكنونات ومكبوتات نفسية داخلية مثل المخاوف والمشاعر والاتجاهات، وتجسيدها في أعمال فنية خارجية مرئية بصورة أسهل من التعبير اللفظي عنها، مما يعين المريض على النظر في مشكلته واضطرابه بموضوعية متزايدة.
- التعبير الفني التلقائي وسيلة للتنفيس عن الانفعالات والتوترات والصراعات والوسواس والمشكلات. وخروج كل هذا عن طريق التعبير الفني يساعد الفرد على اكتشاف ذاته والوعي بها، والاعتراف بهذه المواد التي طفت من أعماق اللاشعور إلى دائرة الشعور، وتقبلها ومواجهتها

بدلاً من إنكارها وكبتها أو التعبير عنها في شكل سلوك مضطرب مرضي.

- التعبير الفني قد يقوم مقام حيل الدفاع النفسي (اللاشعورية) مثل التعويض، والإعلاء. فالفن وسيلة تعويضية عما يشعر به الفرد من عجز وقصور نفسي أو جسمي أو اجتماعي، حيث يشبع عن طريقه حاجاته ورغباته المحبطة في الواقع. والفن وسيلة مقبولة اجتماعياً لإعلاء الدوافع التي لا يقبلها المجتمع والتسامي بها والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعياً.
- العمل الفني يشعر الفرد بالإنجاز والنجاح والثقة بالنفس ودعم الأنا والشعور بالهوية ودعم النضج النفسي (عايدة عبد الحميد،١٩٩٠، عبد المطلب القريطي، ١٩٩٥، فاطمة المدسيلحي، ١٩٩٦).

رابعاً: العلاج بالموسيقى Music Therapy:

تعريفه: هو تعامل موسيقى مع المريض بهدف علاجي وهو حل للمشكلات والتغلب على الاضطرابات وعلاج الأمراض النفسية والوصول إلى حالة التوافق والصحة النفسية.

أهداف العلاج بالموسيقى:

تحسين السلوك الاجتماعي والانفعالي ونمو الشخصية ككل عن طريق خبرات موسيقية مدروسة.

أسس العلاج بالموسيقى:

يقوم العلاج بالموسيقى على أساس أنها علم وفن وعلاج وأنها تؤثر في الحالة النفسية والجسمية، وأنها لغة عالمية شائعة ذات إمكانيات تعبيرية واسعة بعناصرها (اللحن والتآلف والإيقاع)، وأنها تؤثر في السلوك بوجه عام ولها أثر فسيولوجي وأثر انفعالي وأثر اجتماعي عقلي واثر تربوي (فرج العنتري، ١٩٨٥).

الموسيقى وأثرها في السلوك:

دأب العلماء في مجال علم النفس الموسيقى Psychomusicology على دراسة أثر الموسيقى في السلوك الإنساني.

وهناك علاقة وثيقة بين المثير الموسيقي والاستجابة الناتجة التي تثيرها في المستمع. وللموسيقى خصائصها الإيقاعية التي نستجيب لها بأسماعنا وبكل حركات أجسامنا وخفقات قلوبنا وخيالنا.

وتستثير الموسيقى استجابات لدى المستمعين تتجلى في شكل تغييرات ظاهرية في السلوك. فمن المستمعين من يظل ساكنا بلا حراك ومنهم من يتحرك في شكل هوس.

وللموسيقى أثر يختلف باختلاف السن والجنس، فأثرها على الأطفال يختلف عنه لدى الشباب وعنه لدى الشيوخ. ويختلف لدى الذكور عنه لدى الإناث. وهي على العموم تصاحب الإنسان من المهد (موسيقى المهد) إلى اللحد (الموسيقى الجنائزية). وهناك تأثير يختلف حسب نوع الموسيقى إذا كانت عسكرية أو دينية أو راقصة أو تصويرية ... الخ، حيث يختلف تأثير الإيقاع والتأليف واللحن. كذلك تؤثر الثقافة الموسيقية والتعليم الموسيقي وعادات السمع الموسيقي والتذوق الموسيقي.

والتفاعل مع الموسيقى يكون عن طريق السمع والإحساس السمعي والمعنى العقلي والإدراك الموسيقى والتجاوب الانفعالي إلى درجة التوحد مع اللحن. ومن هنا تبدو الفروق الفردية في التذوق الموسيقي. (كريتشلي وهينسون Critchley &Henson، ١٩٧٧).

الموسيقى وأثرها الانفعالي:

الموسيقي لها أساس انفعالي ولها أثر انفعالي. فالنغم تعبيـــر انفعـــالي يؤثر في الانفعالات. وتعرف الموسيقى بأنها لغـــة تعبـــر عـــن الانفعـــالات والعواطف والمشاعر. وهي أقوى الفنون تحريكا للانفعـــالات والعواطـــف. والموسيقى تلازم الإنسان في حبه وفي مرحه، وفي احتفاله وحتى في حزنه. وعندما يندمج الفرد مع الموسيقى مؤديا أو مستمعا فإنـــه يخبـــر محتواهـــا الانفعالي ويعيشه. إن الموسيقى بكل ما تشتمل عليه من تجديد، وما تبدو عليه من أنها ليست بذات معان، تنتسب إلى عالم الانفعالات بكل عمق.

والعناصر النفسية في الموسيقى كثيرة. وعلى رأسها إثارة الانفعالات والمشاعر. وجميع عناصر الموسيقى كالإتقان اللحنـــي والتوافـــق الـــصوتي ومقاس ذبذبة النغم والإيقاع واللون النغمي .... الخ تؤثر في الحالة الانفعالية للمستمع فتضعه في مكان ما بين طرفي الفرح الشديد والحزن المفرط، أو في مكان مابين السعادة والمرح أو التهيج والاستثارة.

والنغمات الموسيقية – كتنظيم جمالي – تحدث تأثيرا ســـارا يـــوحي بالسعادة والأمل طالما كانت في حدود مناسبة من الشدة. أما إذا كانت أشـــد وأعلى وأسرع فإنها تحدث الإثـــارة والتهـــيج الانفعـــالي. وإذا كانـــت أرق وأضعف وأبطأ فإنها تحدث التهدئة الانفعالية. (حامد زهران ، مرجع سابق).

الأثر العقلي للموسيقى:

للموسيقى أثر عقلي حيث تثير خيال المستمع خصوصا إذا صـاحبها غناء صوتي يفسر معانيها وتلعب الثقافة الموسيقية للمستمع دورا هاما فـي الاستجابة لها. أي أنها تتضمن عنصرا معرفيا. فالفرد يـستفيد مـن ثقافتـه وخبراته الموسيقية في الاستجابة للموسيقى. وكلما ازدادت المعرفة الموسيقية كلما ازدادت هذه الاستجابة. (نبيلة ميخائيل، ١٩٧٨).

وبالإضافة إلى ذلك فإن للموسيقى أثرها في تنمية النـواحي العقليـة وخاصة، تنمية الإدراك الحسي، وتنمية القدرة على الملاحظة، وتنمية القدرة على القراءة والكتابة الموسيقية، وتنمية القدرة على التنظيم المنطقي، وتنمية الذاكرة السمعية، وتنمية الإحساس والإدراك الزمني، وتنمية الإحساس اللمسي و البصري والتصور الحركي، وتنميـة القـدرة علـى الابتكـار، وزيـادة المعلومات وتحسين تعلم المواد الدراسية. (آمال صادق ،١٩٨٠).

الأثر التربوي للموسيقى:

إن كل مقطوعة موسيقية تعتبر هديـة ثقافيـة قيمـة تقـدم للجـنس البشري. والموسيقى أداة فعالة في التربية فهي تساعد التلاميذ فـي تعلمهـم وفي لعبهم.

ويستفاد من الموسيقى تربويا من نواح كثيرة. فالموسيقى رياضة مسموعة أو رياضة صوتية. ويمكن تحليل القيمة الرياضية للمقطوعة الموسيقية، وفي ذلك تدريب للأذن وتدريب للمخ. والموسيقى تنمي الإدراك الدقيق للزمن والتتابع والتناغم، وتعلم التناسب والنظام.

والموسيقى تنمي الاستمتاع العقلي المعرفي، وتنمي التذوق الجمالي، والحكم الجمالي. وفوق هذا وذاك فإن الموسيقى توسع الإدراك، وهي مجال رحب للابتكار.

الأثر العلاجي للموسيقى:

للموسيقى دور وتأثير في علاج الأمراض النفسية. وتخطط الخبرة الموسيقية العلاجية وتوجه لتحقيق آثارها العلاجية الخاصة المرجوة لدى المريض.

والموسيقى تجلب السرور، وتبعد المريض عن أعراض مرضه. وهي تفجر ينابيع الانفعال وتخفف المخاوف. وتنمي إمكانيات التعبير عن النفس. والموسيقى تدرب إحساس المريض بالجمال حين يسهم بفعالية في الإيقاعات والأغاني والعزف الموسيقي إذا أمكن. وهي تنقل المريض المنطوي من عالمه الذي انسحب إليه إلى منبسط يتفاعل مع العالم الخارجي المحيط به.

والموسيقى تزيد التفاعل بين المعالج والمريض وتحيي الخبرة الموسيقية العلاجية بصورة أفضل، وتثير حماس المريض وشعوره بتحقيق النجاح. إنها تيسر خبرات تؤدي إلى النجاح وتؤكده، والنجاح يؤدي إلى مزيد من النجاح. والموسيقى توسع مجال الخبرة التي يشعر فيها المريض بنفسه وتنمي الشعور بقيمة الذات ومكانتها وتحقيق الذات، والافتخار بالذات، وتنمي ثقته بنفسه، كما تتيح الموسيقى فرصة تعويضه للعميل المعوق مما يساعده في تقبل ذاته والتخفيف من تأثير إعاقته.

التشخيص بالموسيقى:

الموسيقى تثير في المستمع ذكريات وخبرات سابقة مختزنة، وتعبر عما يختلج في النفس من عواطف وانفعالات. لذلك يمكن استخدامها كأداة للحصول على عينات من هذه الخبرات الانفعالية والخيالات اللاشعورية التي تعبر عن المشاعر الخاصة تتمركز حول الذات التي تستجيب لسماعها وتتلون بالمزاج الشخصي للمستمع وتكشف عن النشوة والمرح أو الحزن والاكتئاب.

ويستعان بالاختبارات الإسقاطية الموسيقية في استخراج محتويات لا شعورية وكشف النقاب عن ديناميأتها المسيطرة في سلوك الأفراد المضطربين نفسياً. وقد وجد أنه يمكن باستخدام هذه الاختبارات الإسقاطية الموسيقية الكشف عن الرغبات اللاشعورية والحيل الدفاعية والصراعات

الكامنة. وكذلك يمكن تشخيص حالات العصاب والذهان والتمييز بينهم وبين الأفراد العاديين (الأسوياء). (ضياء الدين أبو الحب ١٩٧٠).

عيادة العلاج بالموسيقى:

إن أفضل مكان لعملية العــلاج بالموســيقى هــو " عيــادة العــلاج بالموسيقى " music therapy clinic كعيادة متخصصة، وإن لم توجد فحجرة العلاج بالموسيقى في العيادة النفسية.

وفي حجرة العلاج بالموسيقى توجد على الأقل آلة (غالبا بيــانو أو أورج) يجيد المعالج العزف عليها.

ويمكن أن يوجد عدد آخر من الآلات الموسيقية البسيطة والمتنوعــة، بالإضافة إلى أجهزة الراديو وأجهزة التلفزيون والمسجلات وأجهزة الفيديو.

وإلى جانب حجرة العــلاج بالموســيقي توجــد حجــرات خاصـــة بالاختبارات النفسية والموسيقية وحجرة المكتبة الموسيقية وحجــرة خاصـــة بطرق العلاج.

الموسيقى كعلاج مساعد:

تستخدم الموسيقي كعلاج مساعد مشترك مع طرق العلاج الأخـرى سواء العلاج الطبي النفسي أو العلاج الطبي مما يدعم أثرها. وفي هذه الحالة لا تكون الموسيقى هي النشاط الرئيسي في عملية العلاج، ولكنها تكون علاجا مصاحبا لأنشطة علاجية أخرى. ويحتاج الأمـر إلـى اختيـار مقطوعـات موسيقية تتفق مع العلاج المصاحب.

وقد استخدمت الموسيقى كعلاج مساعد في إحداث وإنهـاء التنـويم الإيحائي وقد كان انطون مسمر Mesmer يعزف أحياناً علـى الهارمونيكـا موسيقي هادئة ومنومة عند إحداث حالة التنويم ثم مرحـة ومنـشطة عنـد إنهائها. وقد عرف هذا باسم التنويم الإيحائي الموسيقيMusical Hypnosis.

وتدخل الموسيقى ضمن البرنامج العلاجي قي مستشفيات الأمـراض النفسية والعقلية حيث يقسم المرضى إلى فئات حسب شخصياتهم، ويقدم لكل فئة العلاج المناسب.

والعلاج بالموسيقى يعتبر أساسياً في العلاج بـالترويح. ويمكـن أن تصبح الموسيقى إحدى هوايات المريض. وتدخل الموسيقى في عملية العلاج باللعب خاصة في حالات الأطفال. ويصاحب العـلاج بالموسـيقى العـلاج بالعمل.

والعلاج بالموسيقى مهم عندما يزاوج بينه وبين العلاج النفسي التربوي للأطفال، وبينه وبين الإرشاد النفسي خلال وقت الفراغ. (حامد زهران).

تعديل وتغيير السلوك:

والموسيقى تلفت انتباه المريض ويصاحبها ارتباطات وأفكار، وتؤدي إلى سلوك يمكن توجيهه الوجهة الصحيحة عن طريق المعالج. والموسيقى تيسر السلوك المنتظم مع الواقع، لأنها واقع يحياه المريض في الخبرة الموسيقية. والموسيقى تنظم السلوك حسب مستويات الاستجابة الجسمية، (بدءا من حالات الإعاقة الجسمية إلى حالات المهارة الجسمية الفائقة).

والموسيقى تنظم السلوك حسب مستويات الاستجابة النفسية، مثل الحالة المزاجية (سعيد أو حزين أم مكتئب أو مهووس)، ومثل الدافعية للإنجاز (منخفضة أو عالية)، ومثل القدرة التعليمية (متأخر عقليا إلى متفوق عقليا). والموسيقى تتيح تنمية السلوك ذاتي التوجيه لدى المريض حين تيسر له الخبرة الموسيقية المؤدية إلى النجاح وتحمل مسئولية توجيه الذات واتخاذ القرارات.

والصمت الذي يصاحب الاستماع الموسيقى هو الآخر صمت علاجي therapeutic silence فمرضى العصاب أو مرضى الذهان حين ينــصتون إلى الموسيقى لا يتكلمون إلى مخالطيهم أو ذويهم فيقلعون عن الكــلام عــن مخاوفهم ووساوسهم وهلاوسهم التي ينشطها التكرار والتي قد تــؤثر علــى الآخرين خاصة الأزواج والأولاد. (كريتــشلي و هينــسون Crichley & Henson، ١٩٧٧).

تغيير الشخصية:

مع تقدم العلاج بالموسيقى وتكرار الجلسات، واطراد نمو الشخصية وتغيرها، يكوّن المريض لنفسه فلسفة عامة في الحياة لتحقيق أهداف جديدة أكثر واقعية، ويشعر بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والتفكير السليم والقدرة على حل مشكلاته. وعلى العموم فإن الموسيقى كفن تضيف إلى تكامل شخصية الفرد بصفة عامة.

المراجــــــع

أولاً: المراجع العربية:

- **إجلال محمد سري**(١٩٩٧). علم النفس العلاجي. عالم الكتب. القاهرة.
- .... (١٩٨٤). الخرافات الشائعة عن النمو النفسي. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عــدد٧ جــزء ١، ص ص ٢١- ٥٤.
- .... (١٩٨٦). التوافق مع الاسم وعلاقته بالتوافق لــدى الجنسيين. دراسات تربوية مجلد ٢، جــزء٥، ص ص ١٢٨- ١٦٤.
- .... (١٩٩٠). علم النفس العلاجي، القاهرة. عالم الكتب.
- .... (١٩٩٣). الأمراض النفسية الاجتماعية، القاهرة، عالم الكتب.
- .... (١٩٨٢). التوافق النفسي لدى المدرسات المتزوجات والمطلقات وعلاقته ببعض مظــاهر الشخــصية. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.

- .... (١٩٨٩). دراسة أثر برنامج تنموي علاجي معد لتعليم وتنمية وتصحيح المهـارات الأساسـية اللازمـة للمعوقين متأخري النمـو فـي مرحلـة الطفولـة المبكرة. مجلة كلية التربية عين شمس، عدد ١٣، ص ص ٢٧٧ - ٣١٢.

- **أحمد حسن حنورة و شفيقة إبراهيم عباس** (١٩٨٩). ألعاب أطفال ما قبل المدرسة. مكتبة الفلاح. دبي/ دولة الإمـارات العربية المتحدة.

- **أحمد عكاشة** (١٩٨٦). الطب النفسي المعاصر. الأنجلـو المـصرية. القاهرة.

- **أحمد محمد الزعبي** (٢٠٠٦). الصحة النفسية والعلاج النفسي (للمعلمين والمعلمات والمرشدين النفسيين). مكتبـة الراشـد للنشر. الرياض.

- **أسامة محمد البطاينة وآخرون** (٢٠٠٦). علم نفس الطفل غير العادي. دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان/ الأردن.

- **إسحاق رمزي** (١٩٨٩). مشكلات الأطفال اليوميـة. دار المعـارف. القاهرة.

- **الزين عباس عمارة** (١٩٨٦). مدخل إلى الطب النفـسي. دار الثقافـة للنشر. بيروت.
- **آمال صادق** (١٩٨٠). أثر الموسيقى في تنمية سلوك الطفل. مجلة كلية التربية جامعة عين **شمس**، عدد ٣، ص ص ١١١-١٢٦.
- **أمال صادق و فؤاد أبو حطب** (١٩٩٩). نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين. الأنجلو المصرية. القاهرة.
- **أميرة على محمد** (٢٠٠٦). المرجع في الطفولة المبكرة. الدار العالمية للنشر والتوزيع. القاهرة
- **ب. ب.، و وليمان** (١٩٨٥). مخاوف الأطفال. تقـديم عبـد العزيـز القوصي وآخـرون. دار المطبوعـات الجديـدة. الإسكندرية.
- **بيتر سيلد** (١٩٨١). مقدمة في دراما الطفل. ترجمة كمال لطيف. منشأة المعارف. الإسكندرية.
- **توفيق مرعي و بلقيس أحمد** (١٩٨٧). الميسر في سيكولوجية اللعب. دار الفرقان. عمان/الأردن.

- **تينا بروس** (١٩٩٢). أسس التعلم في الطفولة المبكرة. ترجمة: ممدوحة محمد سلامة. دار الشرق. القاهرة.

- **جون دويي و وآفلين دويي** (د.ت). مدارس المستقبل. ترجمـــة عبــد الفتاح المنياوي. النهضة المصرية. القاهرة.

- **حامد الفقي** (١٩٨١). التأخر الدراسي: تشخيصه وعلاجه. عالم الكتب. القاهرة.

- **حامد عبد السلام زهران** (١٩٨٠). العلاج النفسي التربوي للأطفــال. مجلة كلية التربية جامعة **عين شمس**، عدد ٣(عــدد خاص) "ندوة تربية الطفل"، ص ص ١٦٧- ١٩٤.

- .... (١٩٩٠)، علم النفس: النمــو والطفولـــة. ط٥. عالم الكتب ، القاهرة.

- .... (٢٠٠٣). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي عالم الكتب القاهرة.

- **حسين فيصل ألغزي** (١٩٨٦). علم نفس الطفولة والمراهقــة. مطبعــة جامعة دمشق. سوريا.

- **حنان عبد الحميد العناني** (١٩٩٩). صـورة الطفولـة فـي التربيـة الإسلامية. دار صفاء للنشر والتوزيـع. عمـان/ الأردن.

- .... (٢٠٠١). برامج تربية الطفل. دار صفاء للنشر والتوزيع. عمان / الأردن.

- .... (٢٠٠٢). اللعب عند الأطفال: الأسس النظرية والتطبيقية. دار الفكر للطباعة والنـشر. عمـان / الأردن.

- .... (٢٠٠٢). الفن والدراما والموسيقى فـي تعلـيم الطفل. دار الفكر للطباعة والنشر. عمان/ الأردن.

- **خضير سعود الخضر** (١٩٨٦). المرشد التربـوي لمعلمـات ريـاض الأطفال بدول الخليج. مكتب التربية العربي لـدول الخليج. الرياض.

- **خيري عبد اللطيف و محمد الخوالدة** (١٩٩٥). سـيكولوجية اللعـب. جامعة القدس المفتوحة. عمان/ الأردن.

- **رأفت محمد بشناق** (٢٠٠١) سيكولوجيا الأطفال: دراسة فـي سـلوك الأطفـال واضطراباتهم النفسية. دار النفائس للنشر. عمان/ الأردن.

- **رافده الحريري** (٢٠٠٢). نشأة وإدارة رياض الأطفال مـــن المنظـــور الإسلامي العلمي. مكتبة العبيكان. الرياض.

- **ربرت ريد** (١٩٩٦). التربية عن طريق الفن. ترجمة عبدا لعزيز جاويد و مصطفى حبيب. الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- **رناد يوسف الخطيب** (١٩٨٨). رياض الأطفال: واقع ومنهاج. مؤسسة دار الحضانة للنشر. عمان/الأردن.

-**زكريا الشربيني** (١٩٩٤). المشكلات النفسية عند الأطفال. دار الفكـــر العربي. القاهرة.

- **زياد السرطاوي وعبد العزيز السرطاوي** (١٩٨٤). صـــعوبات الـــتعلم الأكاديمية والإنمائية. مكتبة الـــصفحات الذهبيـــة. الرياض.

- **سامي عريفج** (١٩٨٧). علم النفس التطوري. دار مجـــدلاوي للنـــشر والتوزيع. عمان/الأردن.

- **سامي محمد ملحم** (٢٠٠٢). مـــشكلات طفـــل الروضـــة: التـــشخيص والعـــــلاج. دار الفكـــــر للطباعـــــة والنـــــشر. عمان/الأردن.

- **سعد مرسي أحمد و كوثر حسين كوجك** (١٩٨٣). تربية الطفل قبل المدرسة. الدار العربية للنشر والتوزيع. عمان/الأردن.

- **سعدية محمد علي بهادر** (١٩٨٦). في علم نفس النمو. دار البحوث العلمية. الكويت.

- .... (١٩٨٧). برنامج تربية أطفال ما قبل المدرسة بين النظرية والتطبيق. سيسكو لخدمات الطباعة. القاهرة.

- **سعيد حسني العزة** (٢٠٠٢). التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية: التشخيص – الأسباب – العلاج – استراتيجيات التعليم. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع. عمان/الأردن.

- **سلوى عبد الباقي** (١٩٩٢). اللعب بين النظرية والتطبيق. بيت الخبرة الوطني للنشر. القاهرة.

- **سهام محمد بدر** (٢٠٠٠). المرجع في رياض الأطفال. مكتبة الفلاح. الكويت.

- **سهير كامل أحمد** (١٩٩٤). سيكولوجية نمو الطفل: دراسات نظرية وتطبيقات عملية. النهضة المصرية. القاهرة.

- **سوزان ميلر** (١٩٩٤). سيكولوجية اللعب. ترجمة حسن عيسى. سلسلة عالم المعرفة. عدد (١٢٠). المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت.

- **سيد عثمان** (١٩٨٩). صعوبات التعلم. الإنجلوا المصرية. القاهرة.

- **شيفر ميلمان و هوارد شارلز** (١٩٨٩). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ترجمة نزيه حمدي ونسيمه داوود. دار الفكر. عمان/الأردن.

- **ضياء الدين أبو الحب** (١٩٧٠). الموسيقى وعلم النفس: دراسة تحليلية لاستجابات الفئات الإكلينيكية (الذهانية والعصابية) لاختبار موسيقى إسقاطي مع مقارنتها باستجابات الأسوياء. مطبعة التضامن. بغداد.

- **طلعت منصور وآخرون** (١٩٩١). أسس علم النفس العام. الأنجلو المصرية. القاهرة.

- **عايدة عبد الحميد** (١٩٩٠). العلاج بالفن مدخل نفسي وتنموي لرعاية الطفل المتخلف عقلياً دراسة حالات. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ١٤، ص ص ١١٧- ١٥٤.

- **عبد التواب يوسف** (١٩٩٦). الطفل العربي والفن الشعبي. الدار المصرية اللبنانية للنشر. القاهرة.

- **عبد الرحمن سيد سليمان** (١٩٩٧). نمو الإنسان في الطفولة والمراهقة. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.

- **عبد الرحمن محمد العيسوي** (١٩٨٤). أمراض العصر. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.

- .... (١٩٩٠). الإرشاد النفسي. دار الفكر الجامعي. الإسكندرية.

- **عبد الكريم الخلايلة وعفاف اللبابيدي** (١٩٩٠). تطور لغة الطفل. دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان/الأردن.

- **عبد المجيد سعيد الخليدي** (١٩٨٧). الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال. دار الحكمة. صنعاء.

- **عبد المطلب القريطي** (١٩٩٥). مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال. القاهرة. دار المعارف.

- **عزيزة محمد الشيباني** (١٩٩٢). أثر رياض الأطفال على التكيف الاجتماعي. دار الكتب الوطنية. بنغازي.

- **عطوف ياسين** (١٩٨٨). أسس الطب النفسي الحديث. مؤسسة بحسون للنشر. بيروت.

- **علي الطراح** (١٩٩٦). مرشد الوالدين في اضطراب قصور الانتباه. الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية. الكويت.

- **علي فالح الهنداوي** (٢٠٠١). علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. دار الكتاب الجامعي. العين. دولة الإمارات العربية المتحدة.

- **علي كمال** (١٩٨٣). النفس: أمراضها وانفعالاتها. ط٢. دار واسط للنشر والتوزيع. بغداد.

- **عماد عبد الرازق** (١٩٨٧). الأعراض والأمراض النفسية وعلاجها: أطفال وأحداث. دار الفكر. عمان/الأردن.

- **عواطف إبراهيم محمد** (١٩٩١). المنهج وطرق الـتعلم فـي ريـاض الأطفال. الأنجلو المصرية. القاهرة.

- **عواطف إبراهيم محمد** (١٩٩٩). تعلم الطفل في دور الحضانة. الأنجلو المصرية. القاهرة.

- **فاروق عبد الفتاح موسـى** (٢٠٠١). النمـو النفـسي فـي الطفولـة والمراهقة. النهضة المصرية. القاهرة.

- **فاطمة محمد المصيلحي** (١٩٩٦). خصائص رسوم الأطفال المصريين المتخلفين عقليا في المرحلة مـن ٩- ١٥ سـنة. رسالة الدكتوراه. كلية التربية الفنية جامعة حلوان.

-**فيصل محمد خير الزراد** (٢٠٠١). اضطراب فـرط الحركـة ونقـص الانتباه واندفاع بالسلوك لدى الأطفال. منـشورات مدينة الشارقة للخدمات. الإمارات.

-**كاميليا عبد الفتـاح** (١٩٩٨). سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال. دار قباء للنشر. القاهرة.

- **كلارك موستاكس**(١٩٩٧). علاج الأطفال باللعب. ترجمة سليمان عبد الرحمن. مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.

- **كمال إبراهيم مرسي و محمد عودة** (١٩٨٤). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. دار القلم. الكويت.

- **لندال دافيدوف** (١٩٨٣). مدخل علم النفس. ترجمة سيد الطواب وآخرون. دار ماكجروهيل. الرياض.

- **لويس كامل ملكية** (١٩٨٦). دراسة الشخصية عن طريق الرسم .مكتبة النهضة المصرية.

- .... (١٩٩٣). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. دار القلم. الكويت.

- **ليلى يوسف** (١٩٨٥) . سيكولوجية اللعب والتربية الرياضية. الأنجلو المصرية. القاهرة.

- **مجدي محمد دسوقي** (٢٠٠٢). اضطرابات نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. الأنجلو المصرية. القاهرة.

- **محمد أحمد الزعبي** (١٩٩٤). الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال. دار الحكمة للنشر والتوزيع. صنعاء.
- **محمد السيد الهابط** (١٩٨٣). التكيف والصحة النفسية. المكتب الجامعي الحديث. الإسكندرية.
- **محمد أيوب شحيمي** (١٩٩٤). مشاكل الأطفال: كيف نفهمها؟: المشكلات والانحرافات الطفولية وسُبل علاجها. دار الفكر اللبناني. بيروت.
- **محمد جاسم محمد** (٢٠٠٤). النمو والطفولة في رياض الأطفال. مكتبة دار الثقافة للنشر. عمان/ الأردن.
- **محمد جميل يوسف منصور** (١٩٨٩). التخلف الدراسي في المرحلة الابتدائية: دراسة مسحية في البيئة السعودية. مركز البحوث التربوية والنفسية . كلية التربية. مكة المكرمة.
- **محمد جميل يوسف منصور** (١٩٩١). قراءات في مشكلات الطفولة. تهامة للنشر والتوزيع. جدة.
- **محمد حسنين** (١٩٩٧). تاريخ تربية الأطفال. كلية التربية. جامعة طنطا. جمهورية مصر العربية.
- **محمد حمدي الحجار** (١٩٨٧). أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي. دار العلم للملايين. بيروت.

- .... (١٩٨٩). العــلاج الـسلوكي المعاصـر. دار العلـم للملايين. بيروت.
- .... (١٩٩٠). فن العلاج في الطب النفـسي الـسلوكي دار العلم للملايين. بيروت.
- **محمد عبد الحميد حمود** (١٩٩٤). الإرشاد المدرسي. جامعة دمشق.
- **محمد عبد المؤمن حسين** (١٩٩٩). مشكلات الطفل النفسية. دار الفكر الجامعي. الإسكندرية.
- **محمد عماد الدين إسماعيل** (١٩٨٩). الطفل من الحمل إلـى الرشـد. ج١. دار القلم للنشر والتوزيع . الكويت .
- **محمد متولي قنديل و رمضان مسعد بدوي** (٢٠٠٣). أساسيات المنهج في الطفولة المبكرة. دار الفكـر العربـي للنـشر والتوزيع. عمان/الأردن.
- **محمد محمود الخوالدة** (١٩٨٩). أهداف تربية الطفولة المبكرة وأساليب تعلمها في رياض الأطفال. مركز البحث والتطوير التربوي. جامعة اليرموك. عمان/ الأردن.
- .... (١٩٩٣). خـصائص ثقافـة الطفـل. وزارة التربيـة والتعليم. قطاع التدريب والتأهيل. صنعاء.
- .... (٢٠٠٣). المنهاج الإبداعي الشامل في تربية الطفولة المبكـرة. دار المـسيرة للنـشر والتوزيـع. عمان/الأردن.

- **محمد مصطفى زيدان** (١٩٩٦). الصعوبات المدرسية لدى الطفل. الإنجلو المصرية. القاهرة.
-**محي الدين توق** (١٩٩٢). أساسيات في علم النفس التربوي. جون دايلى. نيويورك.
- **مصطفى فهمي** (١٩٧٥). أمراض الكلام. مكتبة مصر. القاهرة.
-................ (١٩٩٥). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. مكتبة مصر. القاهرة.
- **معتوق محمد عبد القادر** (١٩٨٦). منهج رياض الأطفال. دار الكتب الوطنية. بنغازي.
-**ميلاني كلاين** (١٩٩٤). التحليل النفسي للأطفال. ترجمة عبد الغني الديري. دار الفكر اللبناني. بيروت.
- **نبيل عبد الهادي و فاتنة الصاحب** (٢٠٠٢) . سيكولوجية الطفولة في الحضانات ورياض الأطفال. دار الشروق للنشر. عمان/ الأردن.
- **نبيلة ميخائيل** (١٩٧٨). الموسيقى في علاج الأمراض العضوية. رسالة دكتوراه. كلية التربية الموسيقية. جامعة حلوان.
-**نعيم رفاعي** (١٩٨٨). الصحة النفسية (دراسة في سيكولوجية التكيف). مطبعة الاتحاد. دمشق. القاهرة.

- **نعيم عطية** (١٩٩٥) . الذكاء وإعاقات التعلم . المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم . تونس.
- **هـ. أيزنك** (١٩٨٤). مشكلات علم النفس. ترجمة جابر عبد الحميد. دار النهضة العربية.
- **هدى محمود الناشف** (١٩٩٧) . استراتيجيات التعلم والتعليم في الطفولة البكرة . دار الفكر العربي . القاهرة .
-................ (١٩٩٧) . رياض الأطفال . دار الفكر العربي. القاهرة .
- **وفاء منذر فضة** (٢٠٠٤). مشاكل طفلك النفسية . مكتبة المجتمع العربي للنشر . عمان/الأردن.
- **يوسف قطامي** (٢٠٠٢) . النمو المعرفي واللغوي. دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان/الأردن

ثانياً: المراجع الأجنبية :

- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical, manual Metal Disorders (3rd ed). Washington, Dc: Author.

- Bakeoff, M.,&Byers, J. (1981). A critical reanalysis of the ontogeny and phylogeny of mammalian social and Locomotors Play. An Ethological Hornet's nest. In K. Immelmann, G.W. Barlow, L. Petrinovich, & M.Main (Eds), Behavioeal Devlopment. The Bielefeld Interdisciplinary Project (pp.269-337) Cambridge, England. Cambridge University Press.

- Barbara Izzard (1984). Early Childhood Education, A review and Discussion of Research in Britan, SSR C, Near Pub. Comp

- Barbara, M. N. 8 Philip, R. N. (1995) Development Through Life , 6th Edi, Brooks Co publishing Company, Pacific Genetic Psychology Monographs. 65: 34-88 . Miller, P. H. (1993). Theories Of Developmental Psychology. (3rd ed). New York: W. H. Freeman .

- Barkley, (1990): Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford press, New York. 747

- ...., et al. (1993): Driving Related Risks and Outcomes of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescents and Young Adults: 3 to 5 year follow up Survey. Pediatrcy, 92, PP: 212-218.

- ...., R.A. (1988): Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In E. J. Mash & L. G. Treadle (Eds). Assessment of Childhood Disorders, (2nd Ed.) PP: 69-104, New Your: Guilford.

- ....,R. B, (1981): Hyperactive Children: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press.

- Bart, H. J. and Anna, W. (1992): Social Withdrawal and Aggression in Subgroups of ADHD Children. American Psychological Association, Washington, pp: 14-18.

- Bentley. William G (1985): Learning to Moving to learn. New York: Citation Press.

- Bigler, E.D.(1988): Diagnostic Clinical Neuropsychological Austin: University of Texas Press.

- Blocksom Claudia (1979): It's Your Work. San Francisco: Troubadour Press.

- Brale, William T.. et al (1986): Daily Senorimotor Training Activites:- Handbook for Teacgers and Parents of Pre-school Children. Freeport. N.Y.: Educational Activites. Inc..

- Brown, R.T., et al. (1991): Effects of Parental Alcohol Exposure at School Age. In Attention and Behavior Neurotoxiology and Teratology, 13(4), PP: 369-376.

- Bundesen, C. (1990): A Theory of Visual Attention. Psychological Review, 97,4,PP: 523-547.

- Burghardt, G.M. (In Press). Ply. In G. Greenberg & M. Haraway (Eds.), Comparative Psychology. A handbook. New York. Garland.

- Cavanaugh, S. Trevor, R.C., Fogas, b. (1997): The Child with Attention Deficit hyperactivity disorder and Learning Disability, S-D.J. Med, 60,6, PP: 193-197.

-Carlson, - E.A., jacobvitz, D. and Sroufe, L.A. (1995): A Developmental Investigation of Inattentiveness and Hyperactivity. Child Development, 6, PP: 37-54.

- Charles worth, Rosalind, and Deanna J.Radeloff (1978): Experiecesin Math of Young Children. Albany N.Y.: Delmar.

- Chinn, Peggy L. (1989). Child Health Maintenance . St Louis: CV. Mosby.

- Clark, J.E. & Philips, J.J. (1993). Longitude Study Of Intralimp Coordination In The First Year Of Independent Walking; A Dynamical Systems Analysis, Child Development.

- Cohen, D. (1993) The Development Of Play. London: Routledge.

- Critchley,Macdonald and Hanson, R.A.(Ends)(1977).Music and the Brain: Studies in the Neurology of Music.London:William Heinemann.

- Cynthia, A. R. and George, W. H. (1993): Developmental Language Disorder in Children. Relationship with learning Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. School psychology Review, 22,4 pp: 696-709.

- Danna, H.D. (1982). Aggression und Lei stung. Stuttgart,

- Davies, J.M. Atwo-Factor Theory of Schizophrenia. Journal of Psychiatric Research, 1974, 11, 25-30.

- Davis, H.V. Sears, R.R. Miller, H.C. and Brodbeck, A.J. (1988) Effects of cup, bottle and breast feeding on Oral Activities of Newborn Infants Pediatrics, 3, 459-559.

- Dawes, Cynthia. Early Math's (1987). New York : Logan.

- Dawson, Sheila, (1984). Woodshop for children Ages 3 Through 8. San Diego . Caliph : Children's Wood Shop Publication.

- Dollard, J.; Doob, L. W. Miller, N.E., Mower, O.H, and Sears, R.R. (1999) Frustration and Aggression. Yale University, Press, New Have

- Doreen R. (1982). Programs Are Tools , Not Religious in Teacher of Young Children, Houghton , Mc Milan , Comp.

- Ellison C. F. and Jenkins, (1987). Practical Guide to Early Childhood Curriculum, St Louis C. V. Mosey.

- Erikson, E.H. (1997). Toys and Reasons, New York. Norton.

- Fagen, R. (1981). Animal Play Behavior. New York. Oxford University Press.

- Favazza, Paddy C. (1999). Strategies for Promoting Social Relationships among young Children With and Without Disabilities. Final Report, U.S., Tennessee.

- Feshback's. (1994) The Function of Aggression and Regulation of the Aggressive Drive. Psychological Review, 71, 257-272.

- Fraud, S. (1959). Creative Writers and Daydreaming. In J.

- George, J.D. & Patricia, N. H. (1993): Peer Tutoring Effects on the Classroom Performance of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. School Psychology Review, 22,1 pp: 134-143.

- Giler, J.W., Pennington, B.F. and debrief, C. (1992): A Twin study of the Etiology of Co morbidity: Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Dysleia, J. Am Acad Adolescent psychiatry, 31,PP: 343-348.

- Goth, N. Spzielle Verhaltensstonngen bei Iern und Verhaltens Storungen bei Schulern. Berlin, 1984.

- Grace, J. & Marguerite, K. (1995) Children Today, Prentice Hall, Inc. Simon & Schuster Company, Englewood Cliffs, New Jersey.

- Harrah, Dived F. and Barbar K. Harrah (1985). Conservation- Ecology : Resources for Environmental Education, Metuchen, N.J.: Scarecrow Press.

- Hurlock, E. B. (1980) . Developmental Psychology, New York: Mc. Craw-

- Jackson, Albert, and Dived Day (1978). Tools and How to Use Them . New York: Alfred A. Knof.

- Jennifer, S. Tom, B. (1994): Social Status and Self esteem. Children with ADHD and Their Peers. Computer Search, ERIC, An, Ed 400630 HN. EC 305070.

- Jerkewitz, Monroe & Testing Edward. (1984) Rejection and Depression. Prospective and Contemporaries Analysis. Developmental Psychology, V20n5 P. 776-85, Sep.

- John, N. et al. (1995); The Differential Effects of Teacher and Peer Attention on the Disruptive Classroom Behavior of Three Children with a Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Applied Behavior Analysis, 28,2 pp: 227-238.

- Johnson, S. M. et al. (1986). How deviant is the normal child ? Abehavioral analysis of the preschool child and his Family. " In Advances in Behavior therapy". Vol. 4. Rubin, R. D. Brody, J.P., and Henderson, J. D. eds. Academic Press, Press, New York.

- Jordan, D. R. (1988): Jordan Prescriptive/Tutorial Reading program. Austin, TX :

- Katz, P. A. & Walsh, p.v. (1991) Modification Of Children's Gender-stereotyped Behavior. Child Development, 62 .

- Lawyers, J, A, Nan's (1989). Impact on Nature , New York: Natural History Press.

- Marrow-Tuck, Mary teal. (1988). Brest Feeding And Cognitive Development In The First Two Years Of Life. Social Science And Medicine.

- Miles, Betty, (1984). Save the Earth , An Ecology Handbook for Kids, New York : Knopf.

- Moyer, Kenneth (1978). News and Comment Human Nature., 1 (1), 1

- Nejmeddin Ali Mordant, (1979). The Development of pre-School Curriculum in Iraq in the Relation to the Pre-School Program Development in the United Kingdom, P. H. D. Thesis, University of Wales.

- Panksepp, J., Siviy, S., & Mormansell, L. (1984) The Psychobiology of Play. Theoretical and Methodological Perspectives. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 8, 465-492.

- Parry Merriam and Archer Hilda, (1974) . Pre – School Education, School Council Research Studies, U. K.

- Piaget, J.& Inhelder, B.(1971). The Psychology of the Child, London, Routledge &Keganpaul.

- Piaget, J.(1962). Play, Dreams, AND Imagination in Childhood. New York. Norton.

- Prudent, Bonnie, (1983). How to keep Your Child Fit From Birth to Six , New York : Doubleday.

- Schaefer, C., E.(1989) Childhood Encopresis and enuresis causes & therapy. Van Nostand Reingoldn-New York.

- Schiller, Jack G (1984). Childhood Illness: A Cummins Sense Approach. New York : Stein and Day.

- Sears, R. R.; and Wise, G. W (1983). Relation of cup Feeding in infancy to thumb-Sucking and oral drive . Amer J. Orthopsychiatry, 20, P. 123-138.

- Siffert, Robert S (1980). How your Child's body Grows. New York: Grossest and Dunlap.

- Smith, P. K., Simon, T.,& Emberton, R.(1985). Play, Problem-solving, and Experimenter Effects. A replication of Simon& Smith (1983). British Journal of Developmental Psychology, 53, 105-107.

- Starchy (Ed.), The Martin, P.& Carol, T.M. (1985). On The Functions of Play and its Role in Behavioral Development. Advances in the Study of Behavior, 15,103-95.

- Valentine, E. S.; Riss, and Young, W. C. (1998). Experimental and Genetic Factors in the Organization of Sexual Behavior in Male Guinea Pigs, J. Comp. Physiol. Psychol., 48, P397-403.

- Vygotsky, L. S. (1967), Play and its Role in the Mental Development of the Child. Soviet Psychology, 12, 62-76.

- Yarrow, L. J. (1994). The Relationship Between Nutritive Sucking Experiences in Infancy and Non Nutritive Sucking in Childhood, J. Genet. Psychol. 84, P. 149-162.

فهرس المحتويات

تم بحمد الله


مطابع الإزدهار
AL-EZDEHAR PRESS
AL-EZDEHAR
PRESS
حولي - شارع العثمان عمارة العصيمي - بالسرداب - ص . ب : ٧٧٠ الرمز البريدي : ٣٢٥٠٧
تلفون : ٢٦٥١٧٦٩ - فاكس : ٢٦٥٩٦٣٩ - Email : ezdehar@hotmail.com